FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1913 — THÈSE — N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Jules-Félix-Jean HUGUET

OBSERVATIONS ET RÉFLEXIONS

SUR LA

PARALYSIE GÉNÉRALE

DANS LE JEUNE AGE

ET LA SYPHILIS HÉRÉDITAIRE

Président : M. P. MARIE, *professeur*

PARIS
IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
JOUVE & Cie, ÉDITEURS
15, Rue Racine (VIe)

1913

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

LE DOYEN, M. LANDOUZY

PROFESSEURS

	MM
Anatomie	NICOLAS
Physiologie	Ch. RICHET
Physique médicale	WEISS
Chimie organique et Chimie générale	DESGREZ
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BLANCHARD
Pathologie et Thérapeutique générales	ACHARD
Pathologie médicale	WIDAL / TEISSIER
Pathologie chirurgicale	LEJARS
Anatomie pathologique	Pierre MARIE
Histologie	PRENANT
Opérations et appareils	Auguste BROCA
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	MARFAN
Hygiène	CHANTEMESSE
Médecine légale	THOINOT
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LETULLE
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER
Clinique médicale	DEBOVE / LANDOUZY / GILBERT / CHAUFFARD
Maladies des enfants	HUTINEL
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	Gilbert BALLET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER
Clinique des maladies du système nerveux	DEJERINE
Clinique chirurgicale	DELBET / QUENU / RECLUS / ARTMANN
Clinique ophtalmologique	de LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	LEGUEU
Clinique d'accouchements	BAR / PINARD / RIBEMONT-DESSAIGNE
Clinique gynécologique	POZZI
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON
Clinique thérapeutique	Albert ROBIN

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ALGLAVE	GUENIOT	LERI	RICHAUD
BERNARD	GUILLAIN	LOEPER	ROUSSY
BRANCA	JEANNIN	MAILLARD	ROUVIERE
BRUMPT	JOUSSET (A.)	MOCQUOT	SAUVAGE
CAMUS	LABBE (H.)	MULON	SCHWARTZ (A.)
CASTAIGNE	LAIGNEL-LAVASTINE	NICLOUX	SICARD
CHAMPY	LANGLOIS	NOBECOURT	TANON
CHEVASSU	LECENE	OKINCZYC	TERRIEN
COUVELAIRE	LEMIERRE	OMBREDANNE	TIFFENEAU
DESMAREST	LENORMANT	RATHERY	VILLARET
GOUGEROT	LEQUEUX	RETTERER	ZIMMERN
GREGOIRE	LEREBOULLET	RIBIERRE	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

En témoignage de ma profonde reconnaissance.

MEIS ET AMICIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR PIERRE MARIE

Médecin des Hôpitaux
Membre de l'Académie de Médecine
Chevalier de la Légion d'honneur

Qui a bien voulu accepter de signer ces modestes pages.

A MES MAITRES DE LA FACULTÉ
DE MONTPELLIER

A MES MAITRES DES HOPITAUX DE PARIS

Stage : M. le Professeur RAYMOND

(In memoriam)

Externat :

Première année : M. le Professeur KIRMISSON

Deuxième année : M. le Docteur SOUQUES

Troisième année : M. le Docteur BERGÉ

Quatrième année { M. le Docteur THIBIERGE
M. le Professeur agrégé DEMELIN

Internat provisoire :

Monsieur le Docteur NAGEOTTE

Monsieur le Professeur THOINOT

A MM. les Docteurs CAMUS, CASTAIGNE, RIBIERRE, PASCALIS, BRIN

OBSERVATIONS ET REFLEXIONS

SUR LA

PARALYSIE GÉNÉRALE

DANS LE JEUNE AGE

ET LA SYPHILIS HÉRÉDITAIRE

INTRODUCTION

C'est à la Salpêtrière, dans le service de notre maître le Dr Nageotte, que nous avons observé les cas qui ont éte le point de départ de cette thèse. Nous avions examiné le cerveau et l'observation du premier des enfants W... (dont nous parlons longuement), lorsque sa sœur cadette nous fut amenée présentant, exactement au même âge, les mêmes signes de début de la maladie qui avait emporté son frère. Nous avons pensé que le cas était intéressant à observer et à comparer avec le premier, et nous avons pu ainsi suivre pas à pas le développement de la maladie. Nous avons essayé, estimant le sujet intéressant à creuser, de trouver d'autres malades du même genre, soit dans notre service même, soit dans les services voisins, soit à la consultation ou même à Bicêtre.

Nous avons pu réunir ainsi les quelques observations qui constituent la première partie de cette thèse. Nous aurions voulu donner plus d'importance à celle-ci, étudier la question plus à fond encore : en particulier nous avions projeté de passer en revue tous les enfants des services de Bicêtre et de la Salpêtrière, pour savoir combien de paralytiques généraux plus ou moins frustes s'y trouvaient méconnus. Le temps qui nous était trop mesuré ne nous a pas permis de mettre ce projet à exécution.

Nous n'avons pas, d'ailleurs, la prétention de présenter ce travail comme une étude complète, une mise au point de tout ce qui a été dit sur ce sujet, depuis qu'on a reconnu l'existence de la paralysie générale dans le jeune âge, nous n'en avions ni le désir ni le loisir. La question a été traitée et très bien dans des thèses qui ont précédé celle-ci : thèse de Thiry (Nancy, 1898), thèse de Delmas (Bordeaux, 1899), thèse de Firpi (Paris, 1906), thèse d'Idrac (Toulouse, 1906), et aussi dans les articles d'Arsimoles et Halberstadt dans *les Annales médico-psychologiques* de 1910. Nous avons voulu simplement étudier en détail quelques cas nouveaux et insister sur des points d'acquisition récente ou sur lesquels on n'avait pas assez insisté à notre avis. Nous avons préféré ce petit travail personnel extrêmement modeste à une énorme et savante compilation des auteurs. On trouvera d'ailleurs indiqué tout ce qui a été écrit sur ce sujet à la bibliographie que nous donnons à la fin et que nous croyons complète.

Le plan de cette thèse est extrêmement simple : dans une première partie nous donnons les observations que nous apportons et aussi impartialement que possible. Dans la deuxième, nous en faisons la critique, et exposons les quelques réflexions, tant diagnostiques que cliniques et thérapeutiques qu'elles nous ont inspirées.

Nous tenons à remercier, en terminant, notre maître le Dr Nageotte, qui nous a signalé ce sujet de thèse, et qu'il trouvera peut-être imprégné de ses idées. Nous voulons dire publiquement quelle profonde admiration nous avons pour lui.

OBSERVATIONS

OBSERVATIONS I et II

Observation des deux enfants W...

Ces deux observations sont intéressantes à rapporter car ce sont celles du frère et de la sœur, qui, ainsi que nous le verrons, ont été pris à peu près au même âge de symptômes identiques.

Antécédents héréditaires des deux enfants W... — Le *père*, mineur, avait trente-quatre ans à la naissance de notre premier malade, trente-huit à la naissance de notre deuxième, il est Lorrain.

Pas d'intoxication d'aucune sorte à noter. Il affirme, et sa femme avec lui, qu'il ne boit pas. Il ne présente d'ailleurs aucun signe d'alcoolisme : pas de tremblement, pas de pituites, pas de cauchemars. Il semble bien que de ce côté on ne puisse rien trouver.

N'a jamais eu d'autre maladie qu'une *bronchite* qui dure depuis neuf ans. Nous l'avons examiné à ce point de vue ; il a maigri, perdu l'appétit depuis quelque temps, sue, tousse et crache beaucoup, et, au moment où uous l'avons ausculté, il avait des râles sous-crépitants aux deux sommets : donc *tuberculose* pulmonaire à peu près certaine.

Pas d'autres antécédents ; il nie absolument toute *syphilis*, Nous en cherchons la trace vainement sur tout le corps. Rien sur la peau ; pupilles égales, régulières, mobiles ; réflexes normaux. Nous trouvons seulement sur le gland une petite tache pigmentée et non indurée, Il nie avoir jamais eu un bouton ou une petite ulcération à ce niveau. Dailleurs, comme nous le verrons plus loin, son Wassermann est négatif.

Il est d'intelligence moyenne, parfois un peu emporté, mais bon pour sa femme, et il nous a paru un homme cérébralement tout à fait normal.

Une *sœur du père* (*tante paternelle* de nos malades) n'a jamais bien parlé,« disait tous les mots à l'envers ».

Sa mère (donc la *grand'mère* de nos malades) est morte à quarante-huit ans d'un chaud et froid, dit le père, probablement de tuberculose.

Son père (le *grand-père* de nos malades) est mort à soixante ans, d'accident.

La *mère*, femme de ménage, Alsacienne, avait vingt-sept ans lors de la naissance de notre premier malade, trente et un ans à la naissance du second.

Aucun antécédent morbide, ne boit pas d'alcool, mais beaucoup de café. Nie absolument toute syphilis, on n'en trouve sur elle aucune trace : sa peau, ses pupilles ses réflexes sont intacts, mais comme nous le verrons plus loin, son Wassermann fait par deux fois a été positif. Donc *spécificité*. Elle paraît assez intelligente, s'occupant bien de ses enfants et les soignant bien ; plutôt gaie d'habitude, maigre et pâle, semblant en assez bonne santé, mais très nerveuse. Travaille beaucoup, mal réglée.

Le *grand-père maternel* aurait eu des « *crises de folie* »,

d'après la grand'mère maternelle ; mais la mère de nos malades ne peut préciser davantage, car elle n'a pas connu son père.

Il aurait été, de plus, *alcoolique*. Mort à quarante-cinq ans.

La *grand'mère maternelle* est morte à quarante ans d'un chaud et froid (tuberculose ?).

Aucune consanguinité entre le père et le mère qui ont sept ans de différence.

Antécédents collatéraux des deux enfants W. — Du mariage sont nés trois enfants :

1° Un garçon âgé actuellement de près de treize ans, bien portant, intelligent, qui a son certificat d'étude. Nous l'avons interrogé et il paraît tout à fait normal. Il est seulement un peu turbulent et emporté ; un peu gâté par ses parents ;

2° Le malade mort à Bicêtre, né six ans après le premier, qui constitue notre première observation ;

3° Notre petite malade actuelle, plus jeune de trois ans, et qui constitue notre deuxième observation.

Il est à noter que dans l'observation du frère cadet (mort à Bicêtre), on note comme bien portante une fillette de seize mois née après, et qui est notre malade actuelle.

Jamais de fausse couche, ni d'enfant né avant terme, ou mort-né.

En résumé *hérédité* tant maternelle que paternelle très chargée et que nous résumons dans le tableau généalogique suivant :

Tableau généalogique de la famille W...

GRAND-PÈRE PATERNEL	GRAND'MÈRE PATERNELLE	GRAND-PÈRE PATERNEL	GRAND'MÈRE PATERNELLE
alcoolique mort jeune, fou (P. G.?)	morte à 40 ans d'un chaud et froid Tuberculose?	normal? mort à 60 ans d'accident	morte à 48 ans d'un « chaud et froid » probablement Tuberculose
LA MÈRE		LE PÈRE	UNE TANTE PATERNELLE
syphilitique		tuberculeux	à langage défectueux
Garçon aîné normal	(Garçon cadet épileptique (P. G. probable) (notre 1re observation)	Fillette épileptique (P. G. probable (notre 2e observation)	

OBSERVATION I

Observation de W..., Pierre-Désiré, âgé de quatre ans, né à Paris.

Cette observation n'a pas été prise par nous, nous n'avons pas connu le petit malade, nous n'avons eu en mains que son cerveau et sa moelle. Il est resté à Bicêtre près d'un an, de mai 1911 à avril 1912. Nous donnons les renseignements, tels que nous les avons trouvés consignés dans l'observation, après les avoir complétés autant que possible par l'interrogatoire de la mère.

Antécédents personnels.—1° Pendant la grossesse, aucune maladie de la mère qui a toujours été en bonne santé, elle se fatiguait un peu (femme de ménage) mais pas de privation, de chagrin de se voir enceinte, pas d'albumine. En somme, grossesse normale.

2° Accouchement a été de même tout à fait physiologique : à terme, spontané, présentation du sommet. La quantité des eaux aurait été moyenne, pas supérieure à celle du premier accouchement, d'après la mère.

3° *État enfant à naissance.* — Paraît avoir été normal. Poids : 6 livres. Pas d'asphyxie, cri immédiat ; mais, ajoute la mère, après ce cri l'enfant serait resté quatorze heures sans pleurer. Aucune lésion cutanée (plantaire ou palmaire en particulier) n'aurait été signalée.

Développement et histoire. — L'enfant a été nourri au sein maternel jusqu'à quatorze mois ; aucune privation. La santé de la nourrice était bonne ; pas de convulsions.

Première dent vers six mois, évolution des autres sans accident. A marché à quatorze mois.

A été propre à un an et demi. Pour la parole seulement un peu de retard : à trois ans il disait à peine quelques mots : « papa, maman, bébé, train train ». En somme, sauf sur ce point, jusqu'à l'âge de trois ans l'enfant paraissait tout à fait normal, et nous verrons, à la critique de l'observation, que c'est bien ainsi que les choses se passent presque toujours, et généralement même plus nettement qu'ici : la maladie apparaissant brusquement chez un enfant jusque là normal, d'une intelligence moyenne, parfois même supérieure.

Ici, jusqu'à l'âge de trois ans l'enfant est comme tous les

autres ; des photographies à cette période le montrent en parfaite santé, l'air assez éveillé.

Il n'a eu que des petits accidents qu'on rencontre chez presque tous les enfants normaux : à deux ans, écoulement d'oreille, à deux ans coqueluche, à quatre ans rougeole et varicelle. En somme, bien portant jusqu'à trois ans. C'est à trois ans que, brusquement, la maladie se manifeste par une *crise d'épilepsie*. La mère attribue l'état de l'enfant à une grande peur qu'il aurait eu à trois ans en chemin de fer. L'enfant se serait mis à crier tout à coup et à pleurer, sans que la mère sache pourquoi, elle ne pouvait arriver à le calmer. Il semble bien, somme toute, qu'il y ait eu là une peur morbide, quelque importance d'ailleurs qu'on y attache.

Quoi qu'il en soit, la première crise d'épilepsie s'est montrée vers trois ans et demi, après l'ablation des amygdales.

Depuis lors, les crises revenaient à intervalles rapprochés (environ toutes les trois semaines) lorsqu'il ne prenait pas de bromure ; plus espacées, environ tous les deux mois, quand il suivait le traitement.

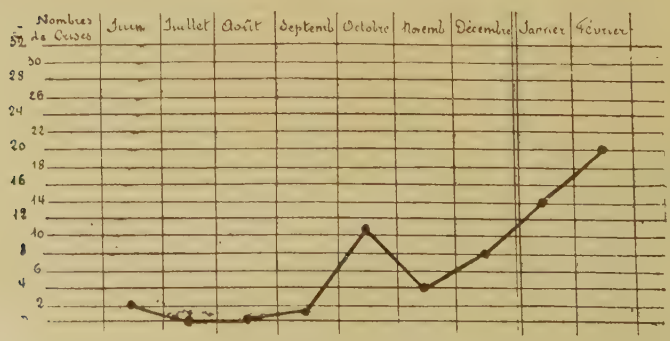


Tableau des crises de W..., Pierre-Désiré.
On voit qu'elles se multiplient dans les dernières périodes de la vi.

Parallèlement et petit à petit l'état de l'enfant s'aggrave. Déchéance rapide et complète en peu de temps ; sa marche devient plus incertaine, l'enfant tombe souvent, vers la fin du mois de décembre 1910 (quatre ans et demi) arrêt complet de la marche.

La parole est devenue plus difficile, puis a cessé complètement vers quatre ans et demi.

L'enfant s'est mis à uriner au lit ; à cinq ans il était complètement gâteux :

L'intelligence a subi une régression rapide ; et quand l'enfant a été placé volontairement par ses parents à Bicêtre, le 9 mars 1911 (à quatre ans et onze mois) il présentait bien les caractères de l'iodiotie, ainsi qu'en fait foi le certificat suivant :

« Est atteint d'idiotie avec épilepsie et doit être placé dans un établissement spécial.

» *Signé :* Dr Nageotte, 9 mai 1911. »

Examen du malade à l'entrée (12 mai 1911.) — Nous avons dit que nous n'avions pas connu le malade ; nous sommes donc obligé de nous en rapporter à l'observation qui parait un peu incomplète à ce point de vue.

L'enfant mesure 1 m. 01 et pèse 14 kgr. 500 ; cicatrice de 3 centimètres à la partie antérieure du front, dûe à une chute.

Pas de reflexe palpébral.

Motilité. — Marche impossible.

Station debout : n'est possible que si on soutient le dos de l'enfant, sans cela rétropultion ; cependant il peut parfois

rester debout et faire quelques pas les jambes un peu écartées.

Il peut se tenir debout après un meuble, et marcherait (très peu de temps d'ailleurs) en le tenant par la main.

Nous ne savons pas s'il y a eu perte progressive des forces, paralysie progressive des membres inférieurs. La chose n'est pas notée dans l'observation. Il semble qu'il y ait eu surtout ici des troubles de l'équilibre, l'enfant ressemblant à un cérébelleux, ainsi que semble le démontrer la description précédente de l'attitude de l'enfant pendant la marche, et le certificat suivant du Dr Nageotte. « Est atteint d'idiotie, troubes de l'équilibre rendant la marche à peu près impossible » (13 mai 1911).

Réflexes tendineux, rotuliens et achilléens sont brusques.

Pas de trépidation spinale.

Pas de signes de Babinski.

Pupilles. — Ne réagissent pas à la lumière, elles sont pourtant mobiles, dilatées.

Langage et prononciation. — Quelques mots estropiés et très difficilement compréhensibles.

28 mai. — Il dit à plusieurs reprises : « Maman, arlot à l'école, bébé » (ces paroles ont surtout été comprises par le père).

Intelligence. — Presque nulle, ne semble rien comprendre, ne parle pas, dit à peine quelques mots : « Maman, avoir (pour au revoir), ne mange seul que le pain, gâteau, etc., mastique très lentement.

Ne s'intéresse à rien, reconnaît cependant sa famille, et pleure quand elle s'en va.

Sphincters. — Gâtisme.

Mai	1er	
	15	19 mai : 1re crise.
	30	2 mai : bromure seul.
Juin	1er	8 juin : 2e crise légère. Pas de bromure.
	15	16 juin : 3e crise très forte.
	30	18 juin : frictions seules.
Juillet	1er	8 juillet : 4e crise légère ⟩ Frictions (17°).
	15	9 juillet ⟩ + bromure.
	30	
Août	1er	6 août : 5e crise.
	15	20 août : 6e crise.
	30	
Septembre	1er	
	15	19 septembre : 7e crise très forte. 40e friction.
	30	

Ponction lombaire. — Un lymphocyte par millimètre cube, numération au moyen de la cellule de Nageotte.

Les crises surviennent irrégulièrement.

Nous en donnons page 21 un tableau.

Réduit à cet état de déchéance qui se complète de plus en plus, l'enfant se cachectise progressivement.

Il perd la vue petit à petit.

Nous inscrivons les notes intéressantes que nous trouvons sur l'observation avec leur date.

28 mai 1911. — Le malade n'est pas sourd, il a reconnu son père à la voix.

Celui-ci remarque que l'enfant voit moins bien qu'à l'entrée. N'a pas eu d'accès comitial depuis l'entrée.

Septembre 1911. — Élévation de température à 38 degrés, puis 39°4, diarrhée. Écoulement d'oreille bilatéral.

Décembre 1911. — L'intelligence semble baisser de plus en plus; l'enfant ne dit plus une parole, pleure presque continuellement sans motif apparent.

La vue paraît complètement abolie. On ne peut plus le mettre sur ses jambes. Il s'affaisse de suite. Si on insiste, il met ses jambes en X.

2 janvier 1912. — Notre malade a commencé à *rire* toute l'après-midi et la nuit de même. Le matin était resté inerte, pâle, avec de la bave jaunâtre aux lèvres (sans mouvements convulsifs) pendant une heure environ.

5 février 1912. — Avant-bras, poignets et doigts fléchis, le pouce dans la paume. Ils peuvent être étendus, mais pas complètement : il y a du raccourcissement des fléchisseurs des doigts, surtout à gauche. Après extension forcée, les mains ne se referment pas aussi énergiquement qu'auparavant. Réflexes forts et brusques.

Aux membres inférieurs flexion de la cuisse et de la jambe, pas de rétraction.

Réflexes brusques : extension bilatérale des orteils. Nombreuses secousses. Pleurs.

11 février. — Élévation de température à 40° 1. Huit crises dans la nuit.

Diarrhée verte.

La flexion et la raideur des membres augmentent considérablement.

Début d'eschare.

15 février. — Instabilité de la face et des yeux. Les pupilles sont grandes, égales, elles ne réagissent pas à la lumière, néanmoins elles sont mobiles et leur diamètre change d'un instant à l'autre. Pas de raideur de la nuque.

Décès le 8 avril 1912.

Anatomie pathologique du cas. — Anatomie macroscopique. — a) Méninges : aspect de méningite chronique très accentué. La pie-mère est extrêmement épaissie, presque sur toute la surface du cerveau. Sur les lobes pariétaux et sur les circonvolutions frontales, épaississement au maximum ; le lobe occipital est à peu près exempt d'épaississement. Sur le bord supérieur de la scissure interhémisphérique, on trouve un très grand épaississement de la pie-mère, et des granulations de Pacchioni sur un espace de 2 centimètres.

Pas d'ulcérations superficielles (1).

A la base épaississement méningé très intense au niveau du polygone de Willis, formant véritable matelas conjonctival allant du chiasma des nerfs optiques au pont et qui englobe III, IV, V.

---

1. Ce qui n'est pas étonnant, le cerveau ayant été conservé de longs mois dans le formol avant qu'on ait enlevé la pie mère.

b) *Cerveau lui-même :* atrophie générale très marquée. Les sillons sont extrêmement élargis par atrophie des circonvolutions. Sur la surface, çà et là des dépressions surtout marquées au niveau du cunéus du lobe occipital droit ; augmentation du sillon séparant P^a de P^1 et P^2.

Le contour des circonvolutions est très découpé.

c) *Cervelet :* atrophie énorme des circonvolutions et vide intérieur.

Anatomie microscopique. — N'était pas terminée au moment où nous étions obligés de livrer notre thèse. Nous en ferons connaître les résultats ultérieurement.

OBSERVATION II

(Observation de W..., Madeleine, trois ans et demi, sœur du précédent.)

Un peu plus d'un an après la mort de son fils cadet, la mère vient consulter à la Salpêtrière dans le service du Dr Nageotte, dont j'étais l'interne, pour sa petite fille qui commençait à présenter les mêmes symptômes que son frère au début de sa maladie, et cela exactement au même âge.

Antécédents personnels. — Ne présentent ici encore rien de particulier.

Grossesse de la mère très bonne, a toujours travaillé jusqu'au dernier moment.

Accouchement spontané à terme par le sommet ayant duré sept heures en tout, quantité des eaux moyenne.

A la naissance, enfant normal, pesant 7 livres environ; cri immédiat, pas d'asphyxie. L'enfant, contrairement à son frère, aurait crié toute la nuit sans s'arrêter. Ici encore aucune lésion cutanée n'est constatée.

Développement et histoire. — Se superposent exactement à ceux de son frère.

Enfant nourri au sein par sa mère jusqu'à quinze mois. Bonne santé de la nourrice. Pas de convulsions.

Première dent à huit mois, évolution sans accident.

Propreté à dix-huit mois, l'enfant est d'ailleurs encore propre actuellement.

Marche à treize mois, absolument normale.

Ici encore c'est la parole qui laisse le plus à désirer : cependant ici l'enfant a dit quelques mots à treize mois « maman, papa, chapeau, chercher papa ».

Mais c'est tout, jusqu'à trois ans. Cela surtout inquiète les parents qui se rappellent l'histoire du frère qu'ils rapprochent d'elle.

Maladies de la première enfance : varicelle à treize mois.

Pas de rougeole.

Pas de scarlatine.

Congestion pulmonaire à trois ans, très grave dit la mère.

Donc, comme pour le frère, enfant à peu près normale (sauf pour la parole) jusqu'à trois ans et demi.

A trois ans et demi, le 19 mai 1913 à 1 heure de l'après-midi, première crise convulsive qui a duré jusqu'à 4 heures.

Elle était couchée depuis deux jours, ayant de petits boutons sur les jambes et peut-être un peu de fièvre (la mère croyait à la rougeole). A 1 heure, la mère la trouve immobile dans son lit, les yeux tournés, avec perte absolue de la connaissance. Un moment après, mouvements cloniques du bras droit, puis de la jambe droite, puis généralisés. En même temps mouvements des yeux. Pas de changement de coloration du teint. Urines et matières sous elle.

La crise aurait duré vingt minutes, suivie, tout de suite après, d'une deuxième crise d'une durée égale. Au réveil, on constate : mousse aux lèvres, légère morsure de la langue. Après la crise, deux heures de sommeil lourd, et tout le reste de la journée la fillette est fatiguée, maladroite et n'a pas mangé.

Le lendemain de cette première crise, la mère va consulter

à Bicêtre, puis quelques jours après à la Salpêtrière où on lui ordonne du bromure. C'est seulement deux semaines après la première crise que l'enfant est examinée sérieusement par le Dr Nageotte et que nous la voyons pour la première fois. Mais dans l'intervalle elle a eu une deuxième et une troisième crise. Le 8 juin, deuxième crise légère, de dix minutes : l'enfant jouait avec sa poupée ; tout à coup la lâche, crie et tombe s'asseyant par terre. Ni urines ni matières sous elle, deux heures de sommeil après. Le 16 juin, troisième crise, la plus forte de toutes : à 1 heure du soir elle jouait, elle titube et tombe sans crier, la mère la couche : la crise dure quatre heures avec mouvements convulsifs généralisés, mousse à la bouche, émission d'urine, changement de coloration de la face. A 5 heures la crise est finie et l'enfant est prise d'un profond sommeil jusqu'à onze heures du soir.

Examen de la malade le 18 juin 1913. — C'est donc après les trois premières crises que la mère vient consulter le Dr Nageotte. Une *ponction lombaire* nous donne *cinq lymphocytes par millimètre cube* (cellule de Nageotte), et le *Wassermann* du liquide céphalo-rachidien *est positif*.

Motilité. — Marche à peu près normale, elle serait cependant un peu plus lourde et plus incertaine qu'avant les crises, dit la mère.

Nous verrons que petit à petit ces troubles de la marche s'accentueront, que l'enfant s'affaissera sur ses jambes, bronchera à chaque instant, et tombera vingt fois dans la journée. Mais le 18 juin ces troubles sont encore presque inappréciables. Station debout normale.

Réflexes rotuliens, achiliens, olécraniens, du poignet sont normaux.

Pas de trépidation spinale.

Pas de signes de Babinski.

Pas de troubles de la sensibilité appréciables.

Pupilles : réagissent normalement.

Langage et prononciation : L'enfant a cessé presque entièrement de parler.

Sphincters normaux.

Intelligence et caractère : l'intelligence a beaucoup baissé, dit la mère. L'enfant paraît assez peu comprendre ce qu'on lui dit, et se préoccupe surtout de suivre les impulsions qui le poussent. De ce-côté, là il semble qu'il y ait eu un grand changement dans le caractère de l'enfant. Il est devenu extrêmement volontaire : « elle veut tout ce qu'elle voit dans la rue » dit la mère. Elle pousse des cris perçants à la moindre contrariété, et dès qu'on ne fait pas toutes ses volontés. Elle refuse d'ailleurs le plus souvent de faire ce qu'on lui dit, et il est certain qu'elle présente un certain degré de négativisme qui la rapproche de la démence précoce. Nous avons déjà parlé de vésanie à son sujet, nous trouvons ici un autre signe qui confirme cette idée, sur laquelle nous reviendrons d'ailleurs, c'est ainsi que l'enfant qui avait toujours besoin d'être forcée pour manger est devenue goulue, vorace. L'enfant est d'ailleurs d'une instabilité remarquable, s'excitant et poussant des cris perçants pour la moindre chose, ce qui rend son examen extrêmement difficile.

Marche et évolution. — On ordonne à l'enfant des frictions

mercurielles sans bromure : celles-ci paraissent au début tracasser l'enfant qui n'est pas gaie, est agacée.

28 juin. — Après 10 frictions la mère revient toute joyeuse : il n'y a pas eu de nouvelle crise et la mère croit à la guérison.

8 juillet. — Après la dix-septième friction, nouvelle crise (la quatrième) très légère : les yeux tournent, quelques mouvements des bras, et c'est tout ; la crise est suivie d'une demi-heure de sommeil, après lequel l'enfant joue toute l'après-midi.

Le lendemain la mère revient consulter, on lui dit de continuer les frictions jusqu'à la vingtième, et en plus on ordonne 2 grammes de bromure et régime déchloruré autant que possible.

1er août. — Reprise des frictions. Depuis le 8 juillet pas de crises.

6 août. — Nouvelle crise légère (cinquième) suivie d'un sommeil de deux heures. Pas d'émission d'urine.

20 août. — Nouvelle crise (sixième) et cependant le traitement mercuriel et bromuré a été continué tout le temps.

9 septembre. — Septième crise très forte.

22 septembre. — L'enfant a eu 40 frictions.

27 septembre. — Nous examinons toute la famille au point de vue syphilis, nous faisons le *Wassermann* du père, de la mère et du fils aîné.

Ceux du père et du fils aîné sont négatifs, celui de la mère est positif. Pour qu'il n'y ait pas d'erreur, nous faisons refaire ces mêmes Wassermann et trouvons le même résultat.

28 septembre. — Depuis les nouvelles crises la mère a reperdu tout espoir. D'ailleurs, il n'y a aucune amélioration

dans l'état, au contraire. Le caractère de l'enfant devient de plus en plus insupportable, très grognon, très volontaire, très coléreux ; elle se jette par terre dès qu'on la contrarie.

Les troubles de la motilité paraissent s'accentuer, l'enfant tombe à chaque instant, la mère a été obligée chez elle de garantir les carreaux de ses fenêtres. Au niveau des membres supérieurs, la maladresse s'accuse davantage, l'enfant laisse tomber les objets qu'elle tient. Il n'y a pas de tremblement bien net, ni au niveau des membres, ni au niveau de la face. On ne peut arriver à lui faire tirer la langue.

Le bromure a été cessé depuis douze ou quinze jours et repris hier ; on a d'ailleurs beaucoup de peine à le faire prendre à l'enfant qui refuse tout.

Pas de nouvelle crise épileptique.

8 octobre. — La petite malade va de plus en plus mal : elle n'a eu en somme que trois crises pendant les vacances, mais la perte de forces des membres supérieurs et inférieurs augmente. Le tremblement qui n'existait pas apparaît quoique très peu marqué. Le caractère est de plus en plus insupportable.

La mère dit que sa fillette suit tout à fait les traces de son frère mort à Bicêtre, qu'elle a tout de suite compris qu'elle avait la même maladie, et que même elle trouvait que les choses allaient plus vite chez la fillette.

La malade ayant eu 48 frictions mercurielles sans aucun résultat, nous décidons, après avoir pris conseil de notre maître Nageotte, de faire du néosalvarsan ; à cause de la turbulence et du caractère de la fillette, nous adoptons le lavement de néosalvarsan.

10 octobre. — Après un grand lavement évacuateur, et

avec une sonde molle que nous poussons le plus haut possible : lavement de 50 centimètres cubes environ contenant 60 centigrammes de néosalvarsan. Le liquide n'est pas rejeté.

15 octobre. — Le lavement a été bien supporté, pas d'accident. L'évolution continue, nous avons assisté nous-même à une chute de la fillette, qui titubait en marchant les jambes écartées et qui finalement est tombée en avant se faisant une grosse bosse au front.

La mère nous dit que depuis quelque temps *la vue de son enfant baisse*, qu'elle rapproche tous les objets plus près des yeux, et qu'elle continue en cela encore à suivre la marche de la maladie de son frère.

OBSERVATION III

(Observation de C... Marguerite (1), vingt et un ans, début à quinze ans.)

Antécédents héréditaires et collatéraux.

Père : teinturier en soie, *alcoolique* et *tabétique* mort du tabes à quarante-sept ans (il y a sept ans). Il avait contracté la syphilis avant son mariage. Il est tombé malade après la naissance de son dernier enfant. Il est resté douze ans malade. Il avait trente-quatre ans quand a été conçue notre petite malade.

Un *cousin germain du père* est également mort, il y a deux ans, du *tabes*.

Enfin, un *autre cousin du père*, un jeune homme, qui est dans un asile et serait comme notre malade, d'après la mère de celle-ci.

Mère : jamais malade avant son mariage, contaminée par son mari lors des premiers rapports.

Enfants : 1° une fausse couche de six semaines avant la malade qui est l'aînée ;

2° La petite malade ;

3° Un fils, né en 1895, bien portant.

---

1. Cette jeune fille est une ancienne malade du Dr Deny et est en traitement actuellement dans le service du Dr Chaslin, son successeur. Nous tenons à remercier ces deux maîtres, ainsi que nos collègues Quercy et Durupt qui ont bien voulu nous signaler cette malade.

Il est à noter que la mère a été soignée avant la naissance et avant la conception de l'aînée, donc après la fausse couche. Elle n'a pas été soignée dans la période de temps écoulée entre la naissance de la fille aînée et du fils.

Tableau généalogique de Ch. Marguerite

ONCLE ÉLOIGNÉ	ONCLE PATERNEL	PÈRE	MÈRE	
fou dans un asile	mort de tabes	alcoolique tabétique mort à 47 ans	syphilitique	
			1° Fausse couche de 6 semaines	
			2° La petite malade (paralysie générale)	
			3° Un garçon bien portant	

Antécédents personnels et développement. — Pendant grossesse : très bon état de la mère, qui avait été soignée après sa fausse couche par un curettage, et à qui on faisait des pansements utérins. Mais pas de traitement spécifique pendant la grossesse.

Pas de privations. Pas d'ennuis.

Accouchement : assez mauvais ; trois jours de travail, accouchement spontané par le sommet.

État de l'enfant à la naissance : bon, elle a crié dès qu'elle est née. Pas d'asphyxie.

Nourrie au sein par sa mère jusqu'à quinze mois.

Comme maladies : broncho-pneumonie à deux mois et demi,

deux « abcès » aux jambes, dit la mère, pour lesquels elle serait restée six semaines à l'hôpital où on lui aurait fait des frictions mercurielles. Le traitement spécifique n'a duré que ces six semaines d'hospitalisation. Il n'a jamais été fait après.

Première dent à dix mois.

Propre à dix-huit mois (en ce sens qu'elle ne faisait plus ses matières au lit). Mais nous verrons qu'il n'en était pas de même pour les urines.

Marche à deux ans.

Parole de bonne heure.

Donc ici, encore plus que pour nos deux premiers malades, l'enfant était, au début, presque entièrement normale.

D'ailleurs, la suite du développement de la fillette a montré qu'elle était tout à fait normale jusqu'à quinze ans ou quinze ans et demi. C'était même une enfant très intelligente, puisqu'à cet âge-là elle avait son brevet simple et avait appris la sténo-dactylo (deux brevets pour cela).

Jusqu'à dix et même douze ans, elle urine au lit, et on lui fait pour cela un traitement déchloruré pendant six mois.

Premières règles à quinze ans.

En somme, dans toute cette enfance qui paraît tout à fait normale, on ne trouve que trois petits points qui peuvent attirer l'attention :

Petit retard dans la marche ;

Retard des premières règles ;

Émission nocturne d'urine jusqu'à douze ans.

Début de la maladie. — Se produit entre quinze ans et quinze ans et demi.

A ce moment la mère remarque que sa fille *riait* ou cou-

rait sans motif; mais les troubles étaient assez légers, et pour tout le reste on ne remarquait rien d'anormal.

Cependant la mère vient consulter à la Salpêtrière le Dr Deny.

Celui-ci fait une ponction lombaire et trouve de la *lymphocytose* (nous ignorons combien de lymphocytes) après examen : il diagnostique tabes infantile.

Le traitement mercuriel est institué tout de suite et continué pendant quatre ans, de quinze ans et demi à dix-neuf ans et demi. Au début, pendant trois ans, la jeune fille habitait chez elle et venait se faire soigner à la Salpêtrière deux fois par semaine.

Ici, comme pour les deux cas précédents, malgré ce traitement énergique et longtemps continué, non seulement il ne se produit aucune amélioration, mais l'état mental de la jeune fille déclinait tous les jours.

La mère se décide à placer son enfant à la Salpêtrière :

Elle y fait un premier séjour du 6 mars 1912, au 6 avril 1912.

A sa sortie, il n'y avait aucune amélioration (de l'aveu même de la mère) bien au contraire.

Deuxième entrée le 23 novembre 1912.

Elle était alors dans un état de maigreur très prononcé, pesant 40 kilogrammes à peine. Du 23 au 29, elle refuse obstinément toute nouriture, et comme son état physique est déjà très mauvais, on est obligé tout de suite de la nourrir à la sonde et pour cela de faire appel à 4 ou 5 infirmières pour la maintenir. Après cette période, la malade est redevenue docile et tandis que toute son intelligence sombrait peu à peu, son état physique s'améliorait progressivement.

Actuellement elle a beaucoup engraissé et pèse 59 kgr. 500 malgré sa taille plutôt petite.

Examen de la malade (fin septembre 1913.)

Signes physiques. — Aspect: le tremblement et tressaillement musculaire de la face et des membres supérieurs est la première chose qu'on remarque.

Réflexes, membres inférieurs. — Rotuliens, exagérés des deux côtés; achiléens, aboli à gauche, mais d'une manière inconstante, parfois il existe mais est beaucoup plus faible, normal à droite.

Plantaires: Flexion des orteils des deux côtés.

Membres supérieurs. — Réflexes par percussion radiale : exagérés des deux côtés.

Réflexe tricipital exagéré des deux côtés.

Pupilles. — Inégales, gauche plus grande que droite, irrégulières surtout la gauche, rigides absolument.

Motricité, membres inférieurs. — Marche normale, ou du moins le paraît. Pas d'hésitation.

Romberg : ébauche.

Force conservée en assez grande partie, cependant diminution de force des fléchisseurs de la jambe sur la cuisse : on arrive très facilement à étendre la jambe fléchie sur la cuisse, la malade s'y opposant.

Léger tremblement quand elles sont étendues, n'appuyant que sur le talon. Mais ce tremblement est beaucoup moins accentué qu'au niveau des membres supérieurs.

Membres supérieurs. — Tremblement très prononcé et qu'on remarque à première vue.

Il est plus fort à droite.

A droite : tremblement très fort quand la main est étendue, les doigts écartés.

A gauche le tremblement existe, mais moins fort.

Mouvements : se ressentent du tremblement, difficulté pour mettre l'index sur le nez les yeux fermés, surtout à gauche.

Force. — Fléchisseur des doigts : la force est peut-être un peu diminuée, mais très peu.

Extenseurs avant-bras sur bras et fléchisseurs, force paraît entièrement conservée.

Langue. — Tremblements nets ; mais ce ne sont pas tout à fait les tremblements « en trombonne » classiques.

Langage. — Pas très grands troubles. « Il est artilleur au troisième régiment d'artillerie » ; elle dit troisième au lieu de trente-troisième, et cela trois fois de suite, mais très peu d'achoppement.

A la lecture, la malade lit bien ; à peine quelques petits accrocs peu nombreux.

Face. — Il n'existe pas de tremblement au repos. Mais la bouche étant ouverte ou la langue tirée, on constate très nettement des tremblements et tressaillements musculaires des lèvres supérieure et inférieure et des joues.

Il en est de même quand on dit à la malade de fermer les yeux très forts.

Réflexe massetérin exagéré.

Sphincters : urine au lit.

Cœur : rapide, tachycardie nette.

Signes de puberté existent : seins assez développés. Poils

au pubis mais moins abondants et moins développés que normalement.

Poids : 59 kgr. 500.

Examen du sang (en 1912) : 3.828.000 globules rouges ; 4.500 globules blancs.

Troubles intellectuels. — Déchéance extrêmement marquée de toutes les facultés intellectuelles. Déficit intellectuel global considérable.

Mémoire : très touchée. Ne sait pas le jour où on se trouve, arrive cependant après efforts et tentatives antérieures vaines à dire quel est le mois et quelle est l'année dans lesquels nous nous trouvons.

Demande : « Comment s'appelle le Président de la République ? »

Réponse : « Je ne sais pas ; je ne sais plus rien. »

La malade dit, pendant l'examen, « que sa mémoire et sa raison s'en vont, que ça lui fait beaucoup de peine ».

Elle fond en larmes ainsi trois ou quatre fois de suite.

Elle sait qu'elle est à la Salpêtrière.

Elle se plaint de la tête, dit qu'elle souffre toujours le jour et la nuit.

Elle ne sait pas son âge. Elle a écrit cependant la date de sa naissance sur un papier, avec son nom et son adresse ; mais elle ne peut arriver à se rappeler.

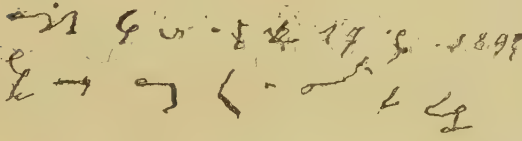
Écriture : très tremblée, absolument caractéristique de la paralysie générale.

Nous en donnons les spécimens photographiés ci-contre.

Nous donnons aussi deux lignes et demie de sténographie qu'elle a tracées devant nous.

C'était par un soir de printemps
Elle s'acheminait seulette
Paraissant au plus dix huit ans
Provocante douce simplette
Je m'approchant timidement
Votre nom gentille fillette
Monsieur dit en rougissant
Je m'appelle Marguerite

Tout souriant à mes amours
Accroisées de deux sergots



Marguerite Chambon
née le 17 Août 1893
61
2 bis Faubourg Saint-Martin
devant la mairie du dixième
arrondissement à Paris

Photographie de l'écriture de Ch... Marguerite : c'est une écriture absolument caractéristique de la paralysie générale. Le plus beau type que nous ayons vu.

Intelligence : profondément touchée.

Elle s'en rend compte et pleure.

C'est certainement cette demi-conscience de son état qui étonne le plus et ce n'est pas la chose la moins pitoyable.

Nous lui disons de lire le petit article intitulé « L'alcoolisme, ses dangers », qu'on trouve au recto de toutes les prescriptions hospitalières. Elle lit : « Les fautes d'hygiène des parents retombent sur leurs enfants : s'ils dépassent les premiers mois, ils sont menacés d'idiotie et d'épilepsie... » Ici elle s'arrête et dit : « C'est comme moi, je deviens idiote. » Elle pleure alors un moment; avant elle riait et chantait. D'ailleurs exactement trente secondes après elle chante : l'éclair de demi-conscience, qu'elle avait eu, était passé et elle était retombée dans son inconscience habituelle.

Elle m'offre de me copier des chansons et commence sur un papier. C'est un des spécimens d'écriture que nous avons fait photographier et qu'on a déjà vu. Elle chante deux chansons, d'une voix juste et sans se tromper ; mais ne peut arriver à la fin, par défaut de mémoire. Sa voix est la voix d'une fillette.

An milieu de notre interrogatoire elle parle souvent toute seule, suivant ses idées ; les plaintes, concernant ses maux de tête, reviennent souvent dans ses phrases.

Calcul. — Additions : les fait bien quand elles sont élémentaires.

Soustractions : déclare qu'elle ne sait pas : « Il n'y a plus rien, plus rien... c'est parti... J'ai du charbon dans la tête... petite fille... à l'enfer. » Elle répète souvent : charbon, petite fille, fredonne un air, puis pleure la tête dans les mains.

Nous revenons aux soustractions :

Demande : 11 moins 8 ?

Réponse : 3.

Demande : 8 moins 11 ?

Réponse : Je ne sais pas, je ne peux pas. Je ne peux pas sortir de là.

Au moyen d'épingles nous concrétisons les chiffres, et elle rit quand nous lui disons d'enlever 11 des 8 épingles qu'elle a devant elle : « On ne peut pas, dit-elle en riant, il n'y en a pas assez. »

Multiplications. — Demande : Combien font 5 multiplié par 4 ?

Réponse : 20.

Demande : 8 multiplié par 7 ?

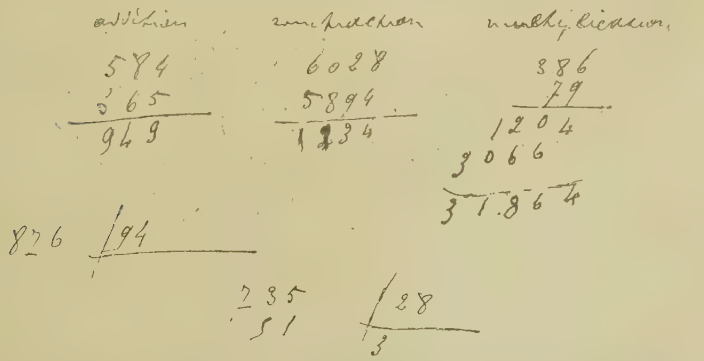
Réponse : 56.

Demande : 7 multiplié par 8 ?

Réponse : Je ne sais pas.

Nous croyons parvenir à lui faire comprendre que c'est la même chose que 7 multiplié par 8.

Nous donnons ci-dessous la photographie des additions, soustractions, multiplications et divisions que nous avons essayé de lui faire faire, avec les chiffres qu'elle a obtenus :



Photographie des différentes opérations que nous avons fait faire à Ch. Marguerite

On voit qu'elle se trompe dans les multiplications et ne sait faire aucune des divisions. Le chiffre 3 de la deuxième division lui a été indiqué par nous.

Démence prononcée, et qui a fait de grands pas depuis son entrée.

Elle se met souvent par terre sans savoir pourquoi.

Actes démentiels quotidiens et multiples au dire des surveillants et des infirmières. A peu près inconsciente. Elle pleure souvent quand on lui dit n'importe quoi, même si ce n'est pas un reproche.

« J'ai perdu la raison complètement. Je ne suis jamais sortie de l'hôpital (ce qui est faux ainsi qu'on l'a vu). J'y suis restée toute mon existence. Il n'y a plus rien... tout disparaît tous les jours. »

Nous lui demandons ce qui disparaît. Elle rit : « Tout... quand je ferme les yeux... Petite fille »... Elle chante.

Idées délirantes. — Peu nombreuses, incoordonnées, non systématisées.

Elle croit avoir du charbon sur ou dans la tête, et y revient souvent, comme nous l'avons vu, en se tapant la tête avec les mains.

Pas d'idées de grandeur ou de richesse.

Demande : « Que ferez-vous quand vous sortirez d'ici ? »

Réponse : « Rien. »

Demande : « Mais vous êtes riche ? »

Réponse : « Non, il n'y a rien, il n'y a plus rien là »... (elle montre sa tête).

Demande : « Mais vous êtes jolie, vous êtes bien faite ? »

Réponse : « Non ! Il n'y a plus rien... c'est du charbon...

Foutue dehors comme de la pourriture... Mort. . Toute une existence... Il n'y a plus rien. »

Elle rit cependant et ébauche des gestes de coquetterie quand on lui dit qu'elle est bien faite, qu'elle a de jolis seins.

Sentiments affectifs. — Demande : « Vous aimez votre maman? »

Réponse : « Non ! Je me fiche de tout... à l'enfer... Pourriture... »

Cependant aime sa mère et s'est prise d'affection pour une infirmière qui l'a soignée longtemps.

Renseignements complémentaires fournis par la surveillante. — N'est bonne à rien, se met par terre sans raison. N'a pas conscience de ce qu'elle fait ; se met en colère très souvent. Pleure pour rien.

La malade pleure à chaudes larmes quand elle entend la surveillante dire qu'elle se met en colère.

Instinct sexuel : Paraît affaibli ou aboli ; on n'a jamais rien remarqué à ce sujet : Elle ne se touche pas. Est malpropre. Urine au lit. Elle ne sait pas s'habiller, dit la surveillante, cependant elle remet correctement sa camisole devant nous et y place très bien une épingle double. Elle replace ses bas.

Mais souvent elle ne sait pas, dit la surveillante.

OBSERVATION IV

V... Maurice, vingt et un ans, employé de bijouterie (début à vingt ans) (1).

Nous ne possédons aucun renseignement sur les antécédents héréditaires de notre malade. Malgré tout ce que nous avons pu faire nous n'avons pu en avoir de sérieux. Nous nous bornerons donc dans cette observation à exposer l'histoire de la maladie et les résultats de l'examen.

Les renseignements nous ont été fournis par le malade lui-même et sont de ce fait peut-être un peu sujet à caution.

Histoire de la maladie. — Né à Paris, rue du Pot-de-Fer, V^e^, les renseignements sur son développement nous manquent. Il est probable qu'il était à peu près normal puisqu'il est allé à l'école et qu'il aurait eu son certificat d'étude à dix ans (?). Il entre alors à Lavoisier pendant un an, puis à l'école Boulle pendant huit mois pour apprendre à faire des « dessins de chirurgie. »

A sa sortie à douze ans et demi, il aurait eu de violents maux de tête qui auraient duré sept jours ; très fatigué il va faire à Hendaye un séjour de huit mois.

Il revient en très bon état. Il est mis en apprentissage chez un bijoutier à treize ans et demi. Il en sort à seize ans

---

1. Ce malade se trouvait dans le service du professeur Pierre Marie à la Salpêtrière qui a bien voulu nous autoriser à en publier l'observation. Nous tenons à le remercier ainsi que le D^r^ Chatelin et nos collègues et amis Richon et Bouttier.

et demi gagnant 6 francs par jour. Toujours en excellente santé. Il entre comme ouvrier chez un bijoutier, y reste un an et en sort à dix-huit ans toujours bien portant.

Comme maladies antérieures : il n'en aurait pas eu. Il nie énergiquement avoir eu la syphilis. Jamais de chancre à la verge, pas d'écoulement, d'échauffement même.

Nous verrons cependant que sa syphilis n'est pas niable. Il prétend ne pas boire beaucoup ni d'alcool ni de café.

Le début de la maladie se serait produit l'année dernière, à vingt ans, vers le 25 octobre, par un ictus. Rentré chez lui, le soir, à 7 heures, la journée finie, il s'assied pour quitter ses souliers, il tombe en avant sans connaissance. A 7 h. 1/2, son frère rentre à son tour, le trouve sans connaissance, le met au lit et va chercher un médecin. Celui-ci ordonne deux sangsues de chaque côté, derrière l'oreille. Le malade reprend connaissance. Mais il est paralysé de tout le côté gauche et reste quinze heures sans pouvoir parler. La paralysie aurait rétrocédé entièrement en trois semaines. On lui fait à ce moment six injections intra-veineuses de 606, et une septième intra-musculaire dans la fesse. Au moment où on lui fait ces piqûres, la paralysie était guérie.

Séjour chez M. le professeur Gaucher où il reste six mois. On lui fait un Wassermann qui est positif. On le traite par plusieurs séries de piqûres mercurielles à la fesse. On lui en aurait fait à peu près vingt.

Trois jours avant sa sortie, le Wassermann fait par M. le Dr Gougerot aurait été négatif. C'est alors que M. le professeur Gaucher, constatant ses troubles nerveux, demande à M. le professeur Marie une place pour lui à la Salpêtrière où

il entre le 23 juillet 1913, après quinze jours de convalescence à Vincennes.

Examen du malade. — A son entrée, le malade se plaint en somme de très peu de choses : de quelques maux de tête, de troubles de la parole ayant commencé en avril 1913. Il remarque aussi qu'il écrit beaucoup plus mal.

Deux ponctions lombaires, faites par M. le Dr Chatelin, ont montré une *abondante lymphocytose.*

Le *Wassermann du liquide céphalo-rachidien* est *positif.*

Signes physiques. — Facies : pas très éveillé, mais est loin de l'aspect ordinaire du paralytique général.

Se tient bien pendant l'examen.

Les pupilles présentent nettement les trois signes qu'on trouve dans la paralysie générale.

Elles sont inégales, la droite beaucoup plus petite que la gauche.

Elles sont irrégulières, surtout la gauche.

Elles sont rigides enfin : d'une manière absolue à la lumière : réagissant extrêmement peu ou pas à la distance.

Vue très bonne.

Léger nystagmus horizontal.

Réflexes. — Aux membres inférieurs : rotuliens et achiliens sont complètement abolis des deux côtés.

Flexion des orteils des deux côtés.

Aux membres supérieurs :

A droite : réflexe du radius fort ; olécranien : mouvement de flexion paradoxal et non d'extension (?).

A gauche : réflexe du radius très faible ou nul.

Olécranien : normal.

Réflexe masseterin normal.

Troubles moteurs. — *Tremblement.* — A la face à peu près insensibles au repos, mais très net quand le malade fait un effort, ferme les yeux fortement ou tire la langue.

A la langue : tremblement léger, parfois d'ailleurs peu accentué, pas de mouvements de tremblement nets.

Aux membres supérieurs : pas de trombonne à droite ; au contraire, tremblement très accentué à gauche.

Aux membres inférieurs : pas de tremblement bien net.

Force musculaire. — Main droite 40 au dynamomètre. main gauche 30.

La force au niveau des membres supérieurs paraît conservée entièrement ; au niveau des membres inférieurs, elle serait un peu diminuée ; nous arrivons facilement à étendre la jambe sur la cuisse, le malade s'y opposant.

Marche : aucun trouble apparent, pas d'hésitation ni d'incertitude.

Parole. — Troubles très marqués et qui frappent tout de suite. Ce n'est peut-être pas tout à fait la parole typique et si caractéristique du paralytique général, mais elle en est très voisine : mauvaise articulation des mots, syllables à peine prononcées ou omises, reprises, achopements.

Demande : « je suis artilleur au 33e régiment d'artillerie » ?

Réponses : (transcrites du mieux que nous avons pu.)

Première fois : je suis ar...illeur au régiment troi...ième artilerie.

Deuxième fois : « je suis ar...illeur du régient d'... d'artillerie. »

Troisième fois : « Je suis artilleur au rieme règient d'... d'artillerie. »

Demande : « anticonstitutionnellement ».

Réponse : Première fois : antitonstoututionlement.

Deuxième fois : anticonstitu... (ici arrêt)... tionellement.

Pendant l'émission des mots, grimaces quelquefois, syllables parfois explosives comme dans le bégaiement.

Écriture. — Très peu touchée surtout si on la compare à celle de la malade de l'observation III.

Le malade a hésité plusieurs fois très nettement. Il déclare qu'il écrivait beaucoup mieux avant.

Lecture. — Assez courante, mais parfois mots estropiés « l'alcolisime » syllabes omises. Cependant peu de troubles, en somme.

Troubles psychiques. — Les troubles psychiques sont peu marqués, et on est très étonné de leur intégrité relative après avoir trouvé des signes physiques aussi accentués.

Intelligence : conservée, pas de déficit net ; le malade est certainement un débile mental, et c'est ce qui est le plus net(1) ; mais pas d'affaiblissement apparent.

L'orientation dans le temps et l'espace est absolument conservée.

Mémoire : conservée également (c'est le malade seul qui nous a raconté l'histoire de sa maladie).

Cependant, après avoir lu une phrase sur l'alcoolisme, il est incapable après d'en dire le sens général.

Il dit très bien à l'envers la série des mois de l'année.

Calcul. — Demande : 13 + 4.

Réponse : 17.

Demande : 9 + 17.

Réponse : 16, il se reprend après et dit 26.

---

1. Il rit d'un air malin en lisant une phrase sur l'alcoolisme.

Demande : 17 — 8.

Réponse : 9.

Demande : 7 fois 8.

Réponse : 56.

Demande : 9 fois 3.

Réponse : 27.

Demande : 5 fois 6.

Réponse : *45*.

Demande : 45 moins 18.

Réponse : *32*.

Nous lui faisons faire par écrit des addition, soustraction, multiplication et division que nous donnons ci-dessous :

Nous voyons que le malade commet des erreurs pour l'addition et la soustraction, qu'il est dans l'incapacité absolue de faire la multiplication et la division : il a même oublié la marche à suivre.

Délire aucun : Pas de délire de richesse ou de grandeur. Il est simplement un peu blagueur et se vante comme les débiles en général :

Il dit qu'il était un des plus forts au football association, à la course, au vélo.

Il était plus intelligent que les autres et un des meilleurs ouvriers.

Il était autrefois très fort auprès des femmes : deux ou trois fois par mois (?) puis il ajoute : « pour les femmes qui me rapportaient » maintenant il dit qu'il est sage.

Son état de santé physique paraît satisfaisant.

16 octobre. — Nous revoyons le malade : il nous raconte tout de suite qu'il nous remercie, qu'il nous est très reconnaissant (nous ne lui avons rien ordonné ni fait de ponction

lombaire), que grâce à nous maintenant il va très bien, *qu'il a grandi de 20 centimètres en quinze jours*, qu'il a pris de la poitrine, qu'il est très content.

Nous ne savons pas si on doit attacher de l'importance à ces paroles. Le malade s'étant montré jusqu'à présent sans aucun phénomène démentiel. Ceux-ci commencent-ils à apparaître, ou plutôt le malade à qui on a parlé de sortie (l'examen étant fini) cherche-t-il à rester davantage à l'hospice ?

17 octobre. — Nous cherchons à élucider ce dernier point : nous l'interrogeons aussi adroitement que possible sur ce qu'il fera à sa sortie, sur ses projets ; nous lui demandons s'il est bien à l'hospice, s'il veut y rester et nous lui proposons de nous entremettre pour le garder longtemps. Il nous répond en bredouillant qu'il veut partir, qu'il sera mieux dehors, qu'il travaillera, qu'il nous fera une bague en reconnaissance de nos soins, que nous l'avons guéri et qu'il a grandi beaucoup depuis son entrée : « Vous voyez, nous dit-il, j'étais beaucoup plus petit que vous et maintenant j'arrive à votre hauteur. » (Le malade est plus petit que nous de 10 à 12 centimètres, et est resté deux mois à l'hospice sans aucun changement de taille évidemment appréciable.)

Il paraît donc à peu près certain que le malade n'a pas simulé dans l'espoir de rester à l'hospice.

D'autre part, d'après une enquête faite à sa salle, le malade se lèverait la nuit en chemise pour courir dans les couloirs (?). Ce qui est certain, c'est qu'un de nos collègues l'a rencontré une nuit en chemise dans un corridor.

OBSERVATION V (1)

P... Raymonde-Céline, hospitalisée à Bicêtre, treize ans, née à Paris, le 22 août 1900.

Antécédents héréditaires. — Père : relieur, né à Paris, avait quarante-trois ans au moment de la naissance de notre petite malade, sobre.

Deux mois avant la conception de sa fille il aurait contracté la *syphilis* en buvant après un de ses camarades de travail. Il aurait eu des maux de tête et de gorge au moment de la conception. Un mois après le chancre initial (sur la verge), il a été soigné à Ricord, où on lui a fait des piqûres et donné des pilules.

D'après sa famille, ce serait un homme très intelligent, doux. Pas de consanguinité avec la mère, plus jeune de cinq ans.

Mère : ménagère, née à Paris, avait trente-huit ans au moment de la naissance de l'enfant, sobre.

Les signes de syphilis seraient apparus chez elle depuis cinq ans : elle aurait eu des maux de tête, de gorge, avec perte de la mémoire. Elle aurait été soignée depuis cinq ans par des piqûres et des pilules. Elle a eu quatre crises d'épilepsie en 1910, avec perte de connaissance et morsure de la

1. Cette malade appartenait antérieurement au Dr Nageotte, notre maître. Elle est actuellement dans le service du Dr Roubinowitch, à Bicêtre, que nous remercions ici ainsi que son interne, notre collègue et ami Touchard.

angue. Elle paraît intelligente. Est très nerveuse et très emportée.

Une *tante maternelle* de notre malade, épileptique depuis six ans, a été internée, est décédée.

Antécédents collatéraux. — Ce père et cette mère ont eu dix enfants ou fausses-couches ; c'est bien le cas ici encore de remarquer la grande natalité, mais aussi comme on le verra, la polyléthalité de ces familles de spécifiques :

1° Une fille morte à trois ans et demi (diarrhée (?) ;

2° Un garçon mort à neuf mois (Rougeole) ;

3° Une fille de trente et un ans, intelligente, bien portante, mariée ;

4° Une fille de vingt-neuf ans, intelligente, bien portante, mariée ;

5° Une fausse-couche de trois mois ;

6° Une fille morte de variole à quinze jours ;

7° Un garçon de vingt-trois ans, bien portant, intelligent ;

8° Une fille de vingt et un ans, bien portante, intelligente ;

9° Une fille de seize ans, bien portante, intelligente ;

10° Notre malade.

Tableau généalogique de la famille P...

PÈRE syphilitique	MÈRE syphilitique	TANTE MATERNELLE épileptique
Dix enfants ou fausses couches		
1° Une fille morte à 3 ans 1/2 (diarrhée?); 2° Un garçon mort à 9 mois (rougeole); 3° Une fille de 31 ans, intelligente, bien portante; 4° Une fille de 29 ans, intelligente, bien portante; 5° Une fausse couche de 3 mois; 6° Une fille morte de variole à 15 jours; 7° Un garçon de 23 ans bien portant, intelligent; 8° Une fille de 21 ans bien portante, intelligente; 9° Une fille de 16 ans bien portante, intelligente; 10° Notre malade.		

Développement et histoire de la maladie. — Grossesse : bonne, pas de maladie ni de traumatisme, mais de forts maux de tête pendant toute la durée de la grossesse.

Pas d'albumine, pas de privations. La mère est ennuyée de se voir enceinte, car c'est sa dixième grossesse ainsi que nous l'avons, vu et elle est âgée de trente-huit ans.

Nous avons déjà signalé que pendant la conception le père était en pleine évolution de syphilis, avec maux de tête, maux de gorge, éruption sur le corps.

Les autres grossesses n'ont rien eu de particulier.

Accouchement : tout à fait normal, à terme, par le sommet, spontané, ayant duré quelques heures. Il y aurait eu une quantité assez considérable d'eaux.

Les autres accouchements n'ont eu rien de particulier.

A la naissance : enfant normal, pesant 7 livres, non asphyxié, ayant poussé un cri immédiat.

Notre malade a été nourrie au sein par sa mère pendant trois mois ; puis la mère n'étant pas bien portante pendant ces mois et l'enfant dépérissant, continuation de l'alimentation au biberon, lait de vache (à Paris), jusqu'à deux ans.

Pas de privations en bas âge.

Première dent à un an.

Dentition complète à quatre ans et demi.

Propreté vers trois ans.

Marche à trois ans, mais tremblante ; l'enfant n'a jamais été solide sur ses jambes ; la mère ajoute que depuis quelque temps ses tremblements sont plus accentués et son attitude plus mauvaise.

Parole à un an, « papa, maman » ; elle a été progressive ; elle a toujours été scandée.

Comme maladie du premier âge : rougeole à quatre ans, varicelle à cinq ans, jamais de convulsions, ni d'accès d'épilepsie, ni de paralysie.

Pas d'incontinence d'urine.

En somme, jusqu'à trois ans, enfant un peu arriéré, en particulier pour la marche, mais les parents ne se sont réellement aperçus que leur enfant n'était pas normale qu'à quatre ans, parce qu'alors les différences avec les autres

enfants s'étaient accentuées énormément et qu'elle était en retard sur tout.

Les parents attribuent l'état de l'enfant à la syphilis du père.

Examen en février 1912. — *Signes physiques.* — Réflexes rotuliens à droite exagérés, à gauche normaux.

Achilléens, abolis des deux côtés.

Radiaux, exagérés des deux côtés.

Olécraniens, forts des deux côtés. Flexion des orteils des deux côtés.

Pupilles : sont inégales, la droite plus grande que la gauche. Elles sont rigides.

Le tremblement est généralisé : il existe partout et très marqué. Au niveau des membres, le tremblement existe très prononcé tant aux membres supérieurs qu'aux membres inférieurs. Au niveau de la langue, il en est de même.

Parole : La petite malade a une parole scandée, tremblante, avec des syllabes supprimées. En somme ce n'est pas la parole classique du paralytique général, mais elle en est très voisine.

Motilité : Au niveau des membres supérieurs, l'enfant manque de sûreté, de précision, en particulier elle fait montre de quelques hésitations pour mettre le doigt sur le bout du nez.

Écriture : extrêmement difficile, à cause du tremblement ; cependant elle peut écrire seule « papa, maman », et son nom, mais très imparfaitement.

Marche : courbée en avant, à petits pas, mais surtout avec des tremblements. L'enfant est peu solide sur ses jambes.

elle tombe souvent et facilement. Cette marche comme son attitude sont celles d'une personne âgée.

Ponction lombaire, lymphocytose abondante.

Wassermann positif.

La physionomie: peu expressive, grimaçante surtout quand elle parle : elle plisse le front comme si elle voulait faire un grand effort. Son attitude est vieillote ; elle se penche en avant, surtout quand elle marche.

La mémoire est très affaiblie ; n'existe guère que pour les choses les plus usuelles. Par périodes, amnésie plus ou moins complète.

L'intelligence est également très troublée ; ce n'est pas celle d'une idiote mais presque celle d'une imbécile. Elle comprend cependant la parole, les signes et les gestes les plus simples. Elle sait quel est son sexe, mais ne sait pas quel est son âge.

Elle reconnaît certains objets : (cahiers, tables). Absolument incapable de fixer son attention.

Elle se tient assez bien à table, mange proprement malgré ses tremblements, mais très lentement.

Elle s'habille et se déshabille seule, met correctement sa chemise ; mais tout cela extrêmement lentement.

Elle ne peut se laver et se peigner.

Sphincters normaux. L'enfant est propre nuit et jour.

Caractère susceptible, changeante, se fâche pour la moindre des choses, mais cependant ne bat pas ses camarade. A noter surtout une *emphorie* habituelle à côté de cette *sensiblerie*, elle aime sa famille. Pas de tendances vicieuses ni d'impulsions.

En résumé, on voit que nous avons ici et beaucoup mieux

peut-être que dans nos observations précédentes tous les caractères de la paralysie générale au complet. Voici, en effet, quels sont les certificats d'entrée de notre petite malade.

« Est atteinte de tremblements généralisés, de périodes d'amnésie, de rires et de pleurs spasmodiques qu'il est impossible d'arrêter : Il lui est impossible de se conduire toute seule ou de rester seule.

» *Signé :* Gontran de Fontenay
» Paris 31 janvier 1912. »

« Est atteinte de débilité mentale, notions scolaires nulles, ne peut être éduquée dans les conditions normales, parole hésitante et scandée, pupilles inégales, réflexes rotuliens inégaux. »

Signé : Dr Juquellié
(3 février 1912)

Enfin le certificat de notre maître, qui classe définitivement l'affection en deux mots :

« Est atteinte de paralysie générale. »

Signé : Dr Nageotte
(6 février 1912)

Évolution de la maladie. — Juillet 1912. — La déchéance physique s'est encore accentuée. L'enfant est plus affaissée, sa marche plus tremblante encore. Elle pleure très facilement, la moindre contrariété amène des cris et des larmes ; elle est plus triste qu'autrefois. Est devenue plus sale, va au cabinet sans relever ses jupes et se salit souvent

Elle se voûte. Elle devient maladroite pour s'habiller, et

encore plus lente, il faut l'aider encore plus qu'avant. Au point de vue intelligence, état stationnaire, pas de progrès ni de régression.

Septembre 1913. — Le tableau clinique s'est assez modifié, *les signes de la paralysie générale s'estompent sous la déchéance générale tant intellectuelle que physique.*

C'est actuellement une idiote complète, gâteuse à chaque instant, se tenant la tête en avant, le regard vague, faisant continuellement claquer sa langue en un tic sans cesse répété.

La parole a perdu son caractère scandé, est bien moins nette et bien moins compréhensible.

Le tremblement des membres est à peine perceptible.

Au niveau de la langue on n'en aperçoit plus.

Incapable de s'habiller seule, tic de claquement des mains.

OBSERVATION VI

B... Estelle, âgée de sept ans et demi, née à Buenos-Ayres le 3 février 1906.

Antécédents héréditaires. — Père, garçon plombier, âgé de trente-cinq ans au moment de la naissance de l'enfant, ne serait pas buveur, mais nerveux, dit sa femme. Syphilis (?)

Mère sans profession, âgée de dix-huit ans au moment de la naissance, aucune maladie antérieure, syphilis (?)

Une grand' mère maternelle très nerveuse (?)

Une tante maternelle très nerveuse (?)

Antécédents collatéraux. — 1° Un garçon né avant terme à sept mois et mort à vingt-cinq jours ;

2° Notre malade ;

3° Un garçon de cinq ans bien portant ;

4° Un garçon de trois ans bien portant également ;

5° Un garçon mort à dix mois de broncho-pneumonie.

Antécédents personnels et développement. — Grossesse normale, quelques maux de rein et d'estomac de la mère. Pas d'albumine. Des fatigues mais pas de privations. Les parents étaient bien portants au moment de la conception. (Les autres grossesses ont été difficiles.)

Accouchement à terme, spontané, le travail ayant duré un jour.

A la naissance, l'enfant paraissait normale.

La mère ignore son poids mais elle était grosse. Elle n'était pas asphyxiée et a poussé un cri aussitôt née.

Nourrie au sein par sa mère jusqu'à quinze mois. La nour-

rice se portait bien. Le développement aussi a été presque normal, cependant pas tout à fait comme dans tous les cas que nous avons vus.

Fermeture des fontanelles plus tard que chez les autres enfants.

Première dent à trois mois et demi, ce qui est trop tôt. Elle aurait eu de l'entérite pendant la dentition.

Propreté : vers quinze ou seize mois.

Marche : à quinze mois normalement.

Parole : de très bonne heure. Avant un an disait : « papa, maman ». Dans son élocution il faut tenir compte, dit la mère, que la fillette parlait espagnol jusqu'à six ans et ne parle français que depuis cette époque. Comme maladies antérieures : varicelle à un an, rougeole en juin 1913, toux continuelle pendant la dentition (?).

Son intelligence paraissait normale jusqu'à cinq ans, elle se tenait bien en classe. aimait surtout la musique et le chant, mais était très « nerveuse ». C'est ainsi que vers quatre ans elle se levait en dormant et allait d'une chambre à l'autre.

C'est à *cinq ans* que la maladie s'est déclarée par une *crise convulsive*. L'enfant s'était levée en bonne santé ; vers les 9 heures il se produit des secousses unilatérales dans la face (côté ?). Ces secousses ont duré de 9 heures à 2 h. 1/2 de l'après-midi ; à ce moment accès de convulsions généralisées avec perte de connaissance. Cette crise ne s'est terminée qu'à 11 h. 1/2 du soir ; et à ce moment la température de l'enfant aurait été de 39 degrés.

A la suite de cet accès l'enfant est restée deux jours sans parler. Elle aurait eu des peurs morbides pendant les quinze

premiers jours, et une paralysie faciale transitoire pendant le mois qui a suivi l'accès. C'est à partir de ce moment que la déchéance de l'enfant s'est produite progressivement.

D'ailleurs les crises n'ont jamais recommencé ; cependant, deux mois après on a cru qu'elles allaient se reproduire. *L'intelligence de l'enfant s'est affaiblie peu à peu depuis.* De même une turbulence progressive s'est établie. L'enfant est de caractère inégal, pleure ou rit à propos de rien. Elle aime mieux jouer seule qu'avec ses camarades. Elle se toucherait le jour mais pas la nuit, dit la mère. L'enfant est placée volontairement à la Salpêtrière le 29 septembre 1913 dans le service de notre maître le Dr Nageotte alors absent, où nous la voyons.

Elle était accompagnée des certificats suivants :

« Est atteinte d'arriération mentale avec langage très rudimentaire, absence d'instruction scolaire, turbulence. »

Signé : Dr Pélissier

« Débilité mentale, blésité, turbulence, nécessité d'une surveillance et d'une éducation spéciales. »

Signé : Dr Briand

« Est atteinte d'arriération mentale avec turbulence, à observer. »

Signé : Dr Camus

Nous n'insistons pas davantage sur l'état mental de cette fillette qui est celui de beaucoup d'arriérés.

Mais ce qui est très intéressant ici c'est l'état physique : les réflexes rotuliens sont normaux des deux côtés. Pas de

Babinski. Pupilles mobiles. Langage : blésité. Sphincters normaux : propre nuit et jour. Cet état physique ne présente rien de bien particulier au premier abord. Crâne un peu volumineux, front un peu bombé et soufflé, nez peut-être un plus large que normalement et ébauchant le nez « en pied de marmite » ; mais tout cela assez peu marqué pour attirer sérieusement l'attention. Mais si on fait ouvrir la bouche à l'enfant, on trouve la signature de toute la maladie par la présence d'une belle dent d'Hutchinson tout à fait caractéristique. « Vous pouvez faire la ponction lombaire, nous dit M. Nageotte, vous trouverez de la lymphocytose sûrement : c'est une véritable preuve par neuf. » En effet, la *ponction lombaire nous a donné 4,5 de lymphocytose par millimètre cube.*

Le *wassermann du liquide céphalo-rachidien a été négatif*. Celui du sang n'a pas été fait.

Ainsi si nous n'avions pas vu cette dent d'Hutchinson nous passions à côté de la véritable cause de l'affection sans la voir : nous la classions parmi les arriérations mentales comme il y en a tant et dont on ne peut arriver à connaître la ou les causes ; parmi ces arriérations mentales dont la pathogénie nous est si obscure que le plus souvent on ne cherche même pas à l'éclaircir. C'est d'ailleurs ce qui est arrivé malgré leur grande compétence pour les médecins qui ont fait les premiers certificats.

Nous verrons à la critique en quoi cette observation est intéressante pour le sujet de cette thèse et en quoi on peut la rapprocher de la paralysie générale infantile.

OBSERVATION VII

Enfin comme dernière observation, nous allons donner celle d'une fillette de quatre ans et demi qui s'oppose heureusement à toutes les observations précédentes, puisque, atteinte elle anssi de méningo-encéphalite syphilique, elle a été guérie rapidement par le traitement. ce qui prouve bien, ainsi que nous tâcherons de le montrer dans la critique de tous ces cas, qu'il faut toujours et quand même faire le traitement spécifique du moins au début.

H... Marcelle, quatre ans et demi, habitant Paris, que nous avons vue à la consultation de la Salpêtrière.

Antécédents héréditaires. — Mère, comptable, assez bien portante, ayant seulement souvent des maux de tête le jour ou la nuit.

Pas de maladie sérieuse.

Un oncle maternel frère aîné de la mère, âgé de trente-quatre ans est en ce moment à Bicêtre. Avait eu une attaque tout jeune et serait paralysé de tout un côté. Atteint d'*arriération mentale* : n'a jamais pu apprendre à lire ou à écrire.

Grand'mère maternelle est bien portante, c'est elle qui s'occupe de notre petite malade. Elle n'a jamais eu de fausse couche, pas d'autre enfant que les deux inscrits plus haut.

Grand-père maternel, mort à trente-six ans de fièvre typhoïde.

Père : agent de ville actuellement, au moment de la naissance de l'enfant il était sculpteur. — D'après sa belle-mère,

c'est un paresseux, faisant mauvais ménage avec sa femme, car au début il ne travaillait pas et n'apportait pas d'argent. Très coléreux, très grossier. Dans les querelles avec sa femme, il tombait par terre, devenait raide, sans perte de connaissance cependant, sans émissions d'urine ; il restait raide par terre mais sans convulsions.

Il bavait un peu dans ces moments, mais ne se mordait pas la langue. Parfois dans ses colères il se cognait la tête contre le mur et restait deux minutes par terre. Quand il se lève, il peut aller travailler.

Il semble qu'il s'agisse là de crises de colère très violentes chez un *nécropathe* et non pas de crises d'épilepsie. Mais pour qu'elles puissent se manifester ainsi il faut évidemment un terrain tout spécial. Syphilis (?).

Quoiqu'il ne battît pas sa femme, celle-ci en avait très peur pendant sa grossesse, et la grand'mère attribue à cela la maladie de l'enfant.

Grand-père paternel mort à quarante ans (?) la mère ignore de quoi.

Grand'mère paternelle encore vivante, soixante-neuf ans, bien portante.

Un frère du père, ébéniste, bien portant.

Antécédents collatéraux et personnels. — Pas de fausse couche de la mère.

Pas d'enfant perdu.

La seule enfant est notre petite malade.

L'accouchement s'est bien passé ; il a été assez court. Accouchement spontané par la tête. Pas d'asphyxie. Cri immédiat. Poids 7 livres. Les eaux étaient en quantité moyenne.

La délivrance ayant été incomplète, la mère est restée deux mois malade d'infection puerpérale,

Développement et Histoire de la maladie. — Nourrie au biberon, avec du lait stérilisé, par la grand' mère.

L'alimentation a été bien supportée et l'enfant n'a jamais eu de forte diarrhée.

Aucune maladie antérieure. Pas de rougeole ni scarlatine. Ablation des amygdales. Première dent à neuf ou dix mois? Marche à vingt-six ou vingt-huit mois. Parole, vers trois ans.

Le retard de la marche et de la parole peuvent s'expliquer en partie par les crises convulsives qui sont survenues à un an, comme nous le verrons.

Propreté à trois ans. Depuis elle n'a plus uriné au lit.

En somme, fillette très bien portante jusqu'à un an :

A un an, crises convulsives, la nuit on la trouve raide, tournant les yeux et la tête, avec des mouvements des membres et une très grande pâleur de la face.

Ces crises convulsives se sont renouvelées de 1 an à dix-huit ou dix-neuf mois, très nombreuses, parfois au nombre de deux ou trois par jour. Elles survenaient à n'importe quel moment du jour ou de la nuit. Le jour, la mère la sentait se raidir sur ses bras, la figure pâlissait, les yeux chaviraient.

Pas d'émission d'urine, ni de matières. Les crises duraient un quart d'heure, dix minutes, puis l'enfant s'endormait d'un sommeil lourd, étant très fatiguée.

On le voit donc, il paraît bien certain qu'il s'agit de crises épileptiques vraies.

Dès le début de ces crises, ou presque dès le début, la mère va consulter un médecin de l'Enfant-Jésus, qui ordonne du sirop de Gibert et une autre potion probablement du

bromure. Sous une influence étrangère, la grand' mère fait suivre pendant quelques jours à peine ce traitement à sa petite fille, car on lui dit que la dose du sirop est trop forte. Elle donne également trop peu de bromure. Aussi il n'y a rien d'étonnant à ce que le traitement soit resté sans effet. Deux mois après environ, les crises continuant toujours, la mère va consulter le Dr Nageotte à Bicêtre.

Résultats de l'examen du Dr Nageotte, 7 juin 1910

(tels que nous les trouvons sur le cahier de consultations.)

Enfant hydrocéphale.

Ponction lombaire, lymphocytose moyenne.

Wassermann positif.

Pas de Babinski.

Tête d'hydrocéphale (comme nous l'avons dit) ; la grande fontanelle est comme 40 sous.

On ordonne des frictions mercurielles : 3 grammes, et du bromure : 2 grammes.

Cette fois le traitement fut fait paraît-il sérieusement pendant trois ou quatre mois au moins, et à vingt-deux mois les crises se terminent. Elles ont persisté encore pendant deux mois environ après le début du traitement; *mais dès le début les crises ont diminué de fréquence et d'intensité.*

Le traitement est continué après cessation des crises pendant encore deux ou trois mois.

22 novembre 1910. — L'enfant marche bien depuis un mois, dit papa, maman, demande de la viande. Gâte encore. Fontanelle : 20 sous.

N'a pas eu d'accès depuis juillet.

Ponction lombaire 0,6.

6 décembre 1910. — La fontanelle se referme rapidement, elle n'a plus que la dimension d'une pièce de 10 sous.

L'enfant marche seule et bien, commence à parler mieux.

Tête, circonférence maxima 50 centimètres.

7 mars 1911. — La fontanelle admet encore l'extrémité de l'index.

L'enfant a encore quelquefois de l'incontinence nocturne.

La mère le dit d'intelligence supérieure à la normale.

1er octobre 1911. — N'a plus d'incontinence nocturne, son intelligence se développe très bien.

Plus aucun accès.

Depuis l'âge de deux ans, deux ans et demi (il y a donc plus de deux ans actuellement) l'enfant va très bien et n'a plus eu une seule crise. La mère vient de temps en temps à la Salpêtrière, mais uniquement pour faire revoir sa fillette.

Pendant la période des crises et après, la grand'mère n'a remarqué aucun trouble de l'intelligence, ni du caractère ou de la motilité.

D'ailleurs l'enfant ne marchait pas encore quand les crises ont apparu à un an. Le développement paraît arrêté pendant toute la période convulsive, puis reprend quand elle a cessé. C'est ainsi que cinq ou six mois après la fin des crises l'enfant a commencé à marcher; qu'il s'est mis à parler à trois ans, tandis que dans toute la période de crise il n'avait pas prononcé un seul mot. Parallèlement, l'intelligence s'est développée et l'enfant que nous examinons en octobre à quatre ans et demi est une très belle fillette, très bien por-

tante, intelligente, sachant ses lettres, comptant jusqu'à cinq et raisonnant déjà très bien.

L'examen physique nous donne :

Réflexes rotuliens et achilléens faibles des deux côtés.

Les pupilles égales réagissent, sont peut-être légèrement paresseuses.

La force est entière. La marche tout à fait normale.

CRITIQUE DES OBSERVATIONS

Telles sont les observations que nous avons pu recueillir, soit dans notre service même, soit dans les services voisins. On voit qu'elles sont bien loin d'être toutes semblables, d'être toutes caractéristiques et indiscutables, nous les avons réunies parce que nous avons cru qu'il était très intéressant de les rassembler pour les comparer entre elles et faire une critique d'ensemble.

Bien des fois quand nous les rédigions, nous avons été tentés de donner notre avis, notre impression, notre explication ; nous nous sommes toujours efforcés de résister à cet envie, pour exposer des observations aussi impartiales que possible et ne contenant que les faits que nous constations.

Nous allons maintenant dans cette deuxième partie, nous rattraper largement, tâcher de faire *œuvre de critique* aussi judicieuse que possible. Nous nous demanderons d'abord si les observations que nous avons apportées sont bien celles de paralytiques généraux, nous les étudierons pour cela séparément, puis dans l'ensemble. Nous exposerons

l'idée qu'il faut se faire à notre sens, de la paralysie générale infantile. Enfin, nous étudierons les différents points de diagnostic positif et différentiel sur lesquels nous croyons devoir insister d'après ces observations. Après ces *considérations diagnostiques*, nous envisagerons successivement des considérations *symptomatiques*, pour terminer enfin par quelques remarques sur *le traitement*, *l'étiologie* et *la nature même* de la maladie.

Considérations diagnostiques

Les observations que nous venons d'apporter sont-elles des observations de paralysies générales dans le jeune âge?

Examinons-les, les unes après les autres.

Observation I. — Ainsi que le tableau généalogique qui est dans l'observation l'indique : c'est un petit malade à *hérédité*, tant maternelle que paternelle, *très chargée :*

Grand-père maternel alcoolique et mort fou.

Grand'mère maternelle morte à quarante-huit ans de la même maladie.

Une tante paternelle à langage défectueux.

Une mère syphilitique.

Un père tuberculeux.

Enfance tout à fait normale, sauf un retard pour la

parole jusqu'à trois ans : à ce moment-là des crises d'épilepsie apparaissent et en même temps, tout de suite, parallèlement, progressivement, la déchéance tant intellectuelle que physique s'installe.

A la période d'état, on trouve comme signes: marche et station debout impossibles, reflexes tendineux brusques, signe d'Argyll-Robertson ; langage à peu près impossible. Intelligence presque nulle, gâtisme. Un lymphocyte par millimètre cube dans le liquide céphalo-rachidien. Avec ces signes-là peut-on faire le diagnostic de paralysie générale infantile ?

Nous pensons que oui ! En faveur du diagnostic nous donnons les arguments suivants :

D'abord, ce *début par idiotie progressive s'installant brusquement chez un enfant jusque-là normal*. Il est très rare, chez les idiots qu'on voit ordinairement, de constater que les premières années de développement ont été normales ; pour ainsi dire toujours l'anomalie se manifeste dès le début par un retard général dans la dentition, la marche, la parole, la propreté. Or, ici, l'enfant a eu sa première dent à six mois, a marché à quatorze mois, a été propre à un an et demi : nous ne trouvons de retard que pour la parole. C'est évidemment important ; mais étant donné que pour tout le reste l'enfant était absolument comme ses petits camarades, nous voyons là un argument de grande valeur en faveur de la paralysie générale s'installant brusquement à trois ans et demi dans un organisme évidemment un peu touché par la syphilis héréditaire (retard de la parole),

mais dont le cerveau a été jusque-là respecté.

Cette *idiotie est en réalité une démence*, l'enfant ayant joui auparavant de l'intelligence, et cette démence commençant à se manifester dès la première crise convulsive est de ce fait bien différente de la déchéance intellectuelle des vieux épileptiques. Il s'agit bien ici de démence paralytique puisque nous en trouvons les signes physiques principaux : marche et station debout, d'abord difficiles, puis impossibles réflexes tendineux brusques, signe d'Argyll. Nous reconnaissons volontiers que quelques-uns de ces signes sont discutables et qu'ils ne sont pas tous au complet, en particulier pour la station debout et la marche. Nous parlons dans l'observation de troubles de l'équilibre, de rétropulsion, de marche « les jambes un peu écartées », de sorte qu'on pourrait penser à une démarche cérébelleuse et discuter. Pour nous, cet argument-là nous paraît être plutôt en faveur de la paralysie générale, nous avons trouvé souvent ces signes cérébelleux chez les paralytiques généraux, ainsi que nous en reparlerons au chapitre des symptômes.

Il reste évidemment qu'il manque quand même quelques signes : le tremblement dans la parole n'a pas été noté, mais nous avons vu que le langage était presque impossible.

On n'a pas remarqué de tremblements dans les membres ; il n'y avait qu'un lymphocyte par millimètre cube dans le liquide céphalo-rachidien. Ce sont là certainement des arguments sérieux ; mais

on ne trouve presque jamais en clinique de maladie où tous les signes se rencontrent au complet, et on a signalé, comme nous le verrons, des cas où la ponction lombaire ne donne pas de lymphocytose dans la paralysie générale, peut-être parce que, au moment de la ponction, la méningo-encéphalite n'est pas en poussée, comme c'était peut-être le cas ici.

Nous croyons donc, quant à nous, qu'il s'agit bien ici de paralysie générale infantile, quoique pas très typique: le début de la maladie, la démence progressive, les troubles moteurs, le signe d'Argyll nous paraissent suffisants pour faire le diagnostic cliniquement.

Or, sur l'observation, on trouve comme titre « épilepsie, cachexie ». Que le diagnostic n'ait pas été fait pendant la vie, cela n'a rien d'étonnant ; et c'est justement pour cela que le cas est intéressant ; l'autopsie ayant révélé, comme on l'a vu, les lésions macroscopiques de la paralysie générale, c'est à la lumière de cette anatomie pathologique que nous avons revu l'observation et réformé le diagnostic. Cependant nous n'avons pas encore les résultats de l'examen histologique et nous savons que pour beaucoup d'auteurs, celui-ci permet seul de trancher un diagnostic hésitant (1). Mais nous voulons, pour conclure, citer les paroles mêmes de M. A. Marie, à la Société clinique de médecine mentale, en janvier 1909 : « Dès l'instant où nous avons ici la *spécificité* (héritée) le *syndrome paralytique* bien constaté et *l'atrophie de l'encéphale* en bloc avec *périméningo-*

encéphalite, je crois qu'on peut affirmer la paralysie générale avant même la confirmation histologique. Je vais plus loin, même si l'histologie de la paralysie infantile présentait des particularités qui la rapprochent de la démence » (ici ce n'est pas le cas), « ce n'en serait pas moins une paralysie générale bien qu'ortyphique. »

Observation II. — C'est l'observation de la sœur cadette du malade de notre première observation. Ici, encore avons-nous affaire à un cas de paralysie générale ? Nous avouons que les résultats de l'autopsie du frère nous ont poussé tout de suite à considérer cette maladie, débutant au même âge et se calquant exactement sur la première, comme méritant elle aussi le nom de paralysie générale. Avons nous eu tort ? Nous ne le pensons pas. Évidemment nous nous servirons des mêmes auguments que pour l'observation nº 1 à cause de la similitude d'évolution. Même hérédité extrêmement chargée, puisqu'il s'agit de la sœur, même enfance presque entièrement normale ; première dent à huit mois, propreté à dix-huit mois, marche à treize mois : ici encore la parole est le seul point noir de ce développement : l'enfant, à trois ans, disait à peine quelques mots ; mais, étant à part cela, comme ses petites camarades. Même début brutal de la maladie à trois ans et demi par des crises épileptiques, et, à partir de ce moment, *affaiblissement progressif intellectuel et physique*. A l'examen, on ne trouve pas des signes aussi accen-

tués parce que la maladie n'en est qu'à son début, cependant ils nous paraissent suffisamment nets : *Troubles de la marche et surtout de l'équilibre, baisse de l'intelligence, cinq lymphocytes par millimètre cube dans le liquide céphalo-rachidien, Wassermann de ce liquide positif, ébauche de tremblement.* Il est vrai que les pupilles réagissent normalement, que les reflexes sont normaux, que les troubles moteurs sont surtout des troubles d'équilibre, cependant la force est diminuée également ainsi qu'on le voit dans l'observation, et surtout nous ne sommes qu'au début de l'affection, et il est probable que peu à peu la symptomatologie se complètera. Ici, si l'Argyll fait défaut, contrairement à ce qu'on voit dans l'observation I, nous avons en revanche deux signes positifs de la plus grande valeur qui n'existaient pas ou n'ont pas été recherchés chez le premier malade, une lymphocytose très nette et surtout un Wassermann du liquide céphalo-rachidien positif, signe considéré comme presque pathognomonique de la paralysie générale par tous les auteurs.

Nous concluons donc ici encore au diagnostic de paralysie générale au début.

Observation III. — S'agit-il ici encore de paralysie générale juvénile? Cette fois nous croyons qu'il ne peut y avoir, dans ce cas, aucune discussion sérieuse, et nous croyons même que cette observation pourrait être donnée comme typique de la paralysie générale, dans le jeune âge.

Hérédité nerveuse très chargée : un père alcoolique et tabétique mort à quarante-sept ans ; un oncle paternel mort de tabès ; un parent paternel, plus éloigné, fou et interné ; une mère syphilitique. Avant la naissance de la malade, fausse couche de six semaines. Développement presque entièrement normal jusqu'à quinze ans. Première dent à dix mois, propreté à dix-huit mois (pour les matières). Marche à deux ans. Parole de bonne heure. Réglée à quinze ans. Mais dans cette enfance, qui peut paraître aux parents tout à fait physiologique, on trouve déjà de sérieuses causes d'inquiétude : de petits « abcès » aux jambes, pour lesquels la malade était restée six semaines à l'hôpital, où on l'avait soignée avec des frictions mercurielles ; un petit retard dans la marche ; un retard dans les premières règles, et surtout une émission nocturne d'urine jusqu'à douze ans. Il est certain que le développement de la petite malade était sous le coup de l'infection syphilitique héréditaire.

Mais il est remarquable ici, comme dans tous les cas de paralysie générale dans le jeune âge, que le cerveau et surtout la corticalité étaient extrêmement bien respectés par la maladie ; notre malade, en effet, était non seulement intelligente, mais très intelligente puisqu'à quinze ans elle avait son brevet simple et deux brevets de sténo-dactylo. C'est à quinze ans et demi que le spirochète pénètre dans l'écorce cérébrale amenant la paralysie générale : dès lors, c'est l'intelligence qui sombre progressivement, la déchéance physique qui va s'accentuant. C'est

tout à fait l'évolution caractéristique. Les signes de la maladie, à la période d'état, ne le sont pas moins : tremblement très accentué de la face et des membres, réflexes rotuliens exagérés des deux côtés, achilléens affaibli à gauche, normal à droite, réflexes des membres supérieurs exagérés. Pupilles inégales, irrégulières, rigides : les trois caractères y sont. Ébauche de Romberg. Tremblements de la langue. Écriture qui est un véritable modèle d'écriture de paralysie générale ; démence très avancée et progressive. Lymphocytose. On pourrait dire, en somme, que tous les signes de la paralysie générale juvénile se retrouvent chez notre malade, au grand complet, si les troubles de la parole n'étaient pas aussi peu accusés.

Le diagnostic, dans ce cas, comme nous l'avons dit dès le début, ne nous paraît donc pas douteux.

Observation IV. — En ce qui concerne cette observation, nous ne pouvons pas en dire autant. Le diagnostie de paralysie générale juvénille est discutable.

Pour notre part nous croyons à ce diagnostic, mais nous ne laissons par d'être un peu gêné par l'absence de certains signes importants.

L'hérédité de ce malade nous est inconnue. Malgré tous nos efforts, nous n'avons pas pu arriver à la connaître.

Le développement sur lequel nous avons peu de renseignements a dû se faire normalement puisque

le malade est allé à l'école, aurait eu son certificat d'études à dix ans (?) ; puis, après son apprentissage comme ouvrier bijoutier, gagnait 6 francs par jour. Le début de la maladie se serait produit à vingt ans (25 octobre) par ictus apoplectiforme.

Comme signes : pupilles inégales, irrégulières, rigides ; réflexes tendineux des membres supérieurs et inférieurs abolis, sauf le réflexe du radius droit qui est fort. Tremblement de la face, de la langue, du membre supérieur gauche, troubles très marqués de la parole, maux de tête. Lymphocytose, Wassermann du liquide céphalo-rachidien positif. Ce sont là les signes positifs qui plaident en faveur de la paralysie générale ; encore peut-on faire remarquer que le tremblement est peu marqué à la langue, qu'il n'y en a pas aux membres inférieurs, et qu'aux membres supérieurs il n'existe que du côté gauche, qui est celui qui a été paralysé durant trois semaines (après l'ictus initial). Contre le diagnostic de paralysie générale, on peut invoquer aussi l'intégrité de la marche, et de la force musculaire. Mais surtout le gros argument, c'est la conservation presque entière de l'intelligence, de la mémoire. Sans doute, comme nous l'avons noté, est-il indiscutable que nous avons affaire à un garçon peu intelligent ; mais il semble qu'il s'agisse ici uniquement de débilité mentale ; et il est à remarquer que c'est notre malade qui nous raconte lui-même son histoire, que nous lui avons fait répéter plusieurs fois, qu'il l'a fait sans se tromper, et que les dates et les périodes qu'il nous indiquait s'accordaient toujours

entre elles. Nous avouons que nous avons été très gêné par cette absence de démence : comment faire un diagnostic de démence paralytique dans un cas pareil ? (1) Cependant les principaux signes physiques étaient là très nets et surtout le signe d'Argyll, la lymphocytose et le Wassermann du liquide céphalo-rachidien positif. Nous avons renouvelé nos examens psychiques toutes les fois que nous rencontrions le malade dans le jardin, ainsi qu'on le voit dans l'observation : c'est alors qu'il nous a dit plusieurs fois de suite qu'il avait grandi de 20 centimètres en deux mois.

Nous ne concluons pas catégoriquement à l'existence de troubles psychiques, mais nous croyons qu'ils existent, que, ce qui nous a paru être de la débilité mentale pourrait bien être un affaiblissement intellectuel vrai. D'autre part, comme il n'y a pas un an que l'ictus initial s'est produit, que les troubles ne sont apparus que petit à petit; que ceux de la parole en particulier n'ont commencé à se manifester qu'en avril 1913, c'est-à-dire il y a cinq mois à peine, et qu'ils sont maintenant très accentués, nous pensons qu'il est possible que les troubles psychiques soient dans ce cas plus tardifs à apparaître nettement, et qu'il est probable que l'évolution les montrera de plus en plus considérables jusqu'à la démence, confirmant ainsi notre diagnostic.

1. Briand et Brissot citent un cas analogue : « syndrôme paralytique chez une débile. Possibilité de paralysie générale juvénile». (*Bulletin de la Société clinique de médecine mentale*, p. 232, 19 juillet 1909.)

Observation V. — Cette observation est peut-être la plus belle de paralysie générale de toutes celles que nous apportons. Elle est plus complète et plus typique encore que l'observation III et les signes y sont encore plus complets.

Hérédité chargée : père et mère syphilitiques, tante maternelle épileptique. C'est la dixième enfant de toute une série d'enfants décédés, de fausses couches et d'enfants normaux. Son développement nous montre les quelques points faibles que nous avons trouvés dans tous ceux des observations précédentes :

Petit retard dans la dentition (un an) propreté à trois ans, retard dans la marche (trois ans). Parole à un an. C'est à trois ans que la paralysie générale s'est installée ; la déchéance physique et intellectuelle débutant à ce moment et s'accentuant progressivement.

Réflexes tendineux et osseux exagérés, sauf les achilléens qui sont abolis. Pupilles inégales et rigides ; tremblement généralisé, à la langue, aux membres supérieurs et inférieurs ; écriture et paroles typiques. Lymphocytose abondante, wassermann positif. L'intelligence est celle d'une imbécile, euphorie habituelle. On le voit les signes ici sont tout à fait au complet et on ne peut pas trouver un plus beau cas.

Le diagnostic paraît évident. Cependant il est remarquable que dans les deux premiers certificats que nous donnons le nom de paralysie générale ne soit pas prononcé. Dans le second certificat, en particulier, on trouve énumérés presque tous les signes de

la paralysie générale et celle-ci n'est pas nommée. Faut-il penser que le diagnostic n'a pas été fait à ce moment, ou que, n'admettant pas pour leur compte, l'existence de la paralysie générale infantile en général, les médecins qui ont examiné la malade, se sont contentés d'en énumérer les symptômes sans classer la maladie ? Nous penchons pour la première hypothèse.

Observations VI et VII. — Nous avons à dessein mis à part et réuni ces 2 observations. Peut-on, en effet, admettre qu'il s'agisse de paralysie générale juvénile ? si on comprend la paralysie générale juvénile comme la comprennent les classiques, je crois que la chose n'est pas soutenable. Dans l'observation VI, il s'agit d'une fillette de sept ans, à développement presque normal comme dans tous les cas que nous avons vus, mais qui a, cependant, présenté des particularités fâcheuses, décelant l'influence d'une cause dystrophique : légère hydrocéphalie, retard dans la fermeture des fontanelles, première dent trop tôt, à trois mois et demi, petit retard dans la marche (quinze mois). Cependant, l'enfant a été propre à quinze ou seize mois, a parlé avant un an, et son intelligence était normale jusqu'à cinq ans : à ce moment crise convulsive ayant duré tout un jour et depuis lors comme dans tous les cas que nous avons vus, déchéance et turbulence progressives de l'enfant qui est maintenant une arriérée banale : comme signe physique : aucun de la paralysie générale ou presque

réflexes rotuliens normaux des 2 côtés, pupilles mobiles, pas de tremblement, pas de troubles de la parole autre que de la blésité. Wassermann négatif (pour le liquide céphalo-rachidien), quoique lymphocytose de 4, 5 par millimètre cube, dent d'Hutchinson et quelques autres petits signes de syphilis héréditaire.

L'observation VII est celle d'une fillette de quatre ans et demi normale jusqu'à un an et qui à cet âge présente des crises convulsives tout à fait semblables à celles que nous avons vues dans les observations précédentes : comme signes physiques, aussi peu que chez la malade précédente : lymphocytose moyenne, mais en plus Wassermann (sang) positif et hydrocéphalie.

Comme nous l'avons vu, ces malades, dont l'histoire est cependant si analogue au début, ont évolué bien différemment, l'une a guéri, l'autre reste une arriérée.

Il est bien certain qu'on ne peut pas songer un instant à faire de ces deux dernières observations des cas de paralysie générale infantile. Cependant, nous voudrions qu'on remarque *combien ces sept observations ont de points communs quoique avec des pronostics quelquefois si différents : hérédité généralement très chargée : début du développement de l'enfant presque normal, mais présentant cependant des petits signes révélant l'influence cachée mais dominante et pertubatrice de la syphilis, puis, tout à coup, crise convulsive ou ictus décelant l'attaque*

cérébrale et tandis que sous l'influence du traitement mercuriel quelques malades guérissent et très rapidement, les autres versent dans la démence paralytique irrémédiable.

Dira-t-on que la maladie n'est pas la même? Assurément si, *c'est toujours la syphilis agissant sur l'écorce cérébrale, mais c'est la manière dont elle résiste qui donne le tableau clinique et le résultat du traitement.*

Nous ne voulons pas, dans ce chapitre, aborder la question de la pathogénie et de la nature même de la maladie telle que nous la comprenons : nous réservons ce petit développement pour la fin.

Restant pour le moment sur le terrain du diagnostic, examinons la valeur de deux signes relativement nouveaux pour le diagnostic positif : nous voulons parler de la lymphocytose et du Wassermann du liquide céphalo-rachidien. L'importance de ces signes est capitale : tous les auteurs sont aujourd'hui d'accord là-dessus, et remarquons le rôle que la constatation ou non de la lymphocytose a joué dans nos observations I et II. Dans l'observation I, lors de l'examen, on n'a trouvé qu'un lymphocyte par millimètre cube, ce qui est normal, et ce qui n'a pas attiré l'attention vers la syphilis et la paralysie générale.

Supposons, au contraire, qu'on ait trouvé une lymphocytose de 3 ou 4 par millimètre cube et à plus forte raison davantage, et tout de suite on était aiguillé vers le véritable diagnostic ; celui-ci, qui n'a

pas été fait, avait toutes les chances de l'être après cet examen, et si ce dernier avait été précoce au moment des premières crises épileptiques, qui sait si par le traitement on n'aurait pas eu quelques chances d'arrêter la maladie.

Le raisonnement inverse peut se faire pour l'observation II. Ici la lymphocytose a été trouvée dans les toutes premières périodes de la maladie et a tout de suite dirigé vers le bon diagnostic et en tout cas vers la nature de la maladie. Supposons que la ponction lombaire n'ait pas été faite ou qu'on n'ait pas trouvé de lymphocytose : le contraire se produisait et le traitement n'aurait pas été fait ; celui-ci n'a rien donné dans ce cas particulier, il est vrai ; mais la guérison a été presque instantanée dans l'observation VII, *et on ne sait jamais, comme nous le verrons, si le traitement aboutira au non.*

De même l'importance de la réaction de Wassermann du liquide est de tout premier ordre : elle n'a pas été faite dans l'observation I, justement parce que l'absence de lymphocytose ne permettait pas de soupçonner la nature de la maladie, mais elle a été positive dans l'observation II, confirmant le diagnostic. Nous avons vu que cette réaction de Wassermann positive du liquide était un gros argument en faveur du diagnostic de paralysie générale.

La valeur de cette réaction est reconnue par presque tous les auteurs.

« La réaction de Wassermann dans le liquide céphalo-rachidien est significative. Elle veut dire

syphilis ou hérédo-syphilis d'une part, et de l'autre péri-encéphalite diffuse. Elle peut manquer dans certains cas rares de péri-encéphalite, mais lorsqu'on l'obtient avec du liquide céphalo-rachidien, il y a toujours péri-encéphalite. Les syphilitiques et hérédo-syphilitiques simples sans lésions méningées ne la donnent pas telle *pour leur liquide rachidien.* Les méningites des non-syphilitiques non plus, et les encéphalopathies syphilitiques localisées non plus, sauf combinaison de péri-encéphalite diffuse avec une lésion en foyer » (A. Marie) (1).

D'après les statistiques, 95 o/o de paralytiques généraux ont une réaction de Wassermann positive pour le liquide céphalo rachidien.

La lymphocytose et le Wassermann positifs dans le liquide sont donc extrêmement importants; mais il ne faut pas croire qu'ils soient absolument constants : nous venons de voir que 5 o/o des paralytiques généraux ne présentaient pas la réaction et, d'autre part, on connaît des exemples assez nombreux où la lymphocytose manquait elle aussi. Notre observation I en est un cas, et récemment Pierre Kahn et Mercier en signalaient un autre (2). En présence de ces deux signes négatifs, on n'est donc pas absolument sûr de l'absence de la maladie, il faut répéter les ponctions et réactions, car au début les résultats

1. Société clinique de médecine mentale, janv. 1909.

2. Pierre Kahn et Mercier, *Démence paralytique ou syphilitique sans lymphocytose du liquide céphalo-rachidien* (Soc. de Psychiatrie de Paris, 1912).

positifs peuvent manquer et apparaître plus tard. Enfin, il est certain que quelques paralytiques (atypiques généralement dans leur évolution ou leur aspect clinique) ne la présentent pas, même en les suivant jusqu'au bout de leur évolution (5 o/o) (1).

Au point de vue du *diagnostic différentiel*, les observations que nous donnons amènent des considérations intéressantes sur l'*idiotie* et l'*épilepsie*. Peut-être est-ce parce que nous étions dans un service d'idiots et d'épileptiques que nos cas de paralytiques généraux approchaient de si près l'épilepsie et l'idiotie; en tout cas, *nous avons été frappé du fait que beaucoup ou en tout cas un assez grand nombre d'enfants catalogués idiots ou arriérés, étaient en réalité des formes de paralysie générale plus ou moins complètes ;* le temps nous a manqué pour faire l'enquête sérieuse que nous nous proposions en passant en revue tous les enfants de la Salpêtrière et de Bicêtre.

En tout cas, dans les observations que nous donnons, le numéro I est un cas type catalogué épilepsie et qui est en réalité une paralysie générale. L'observation VI classée en arriération mentale est un cas voisin de la paralysie, peut-être une forme fruste. Nous sommes entièrement de l'avis de Toulouse et Marchand (2), à ce point de vue, qui disent : « Nous sommes d'ailleurs portés à croire que dans les observations de démence épileptique les plus typiques doivent être rattachées à la paralysie générale. »

1. A. Marie, Société clinique de médecine mentale, 1909.
2. Toulouse et Marchand, *Paralysie générale juvénile et épilepsie* (Société médico-psychologique, juin 1899).

Ils prennent comme preuve le travail de Bourneville et Ollier (*Archives de neurologie*, 1883) sur la démence épileptique où beaucoup d'observations correspondent à cette maladie. Bourneville et Ollier font remarquer à ce sujet qu'on confond aisément dans ces cas une démence précoce avec l'idiotie. On pourrait ajouter, ainsi que le disent Toulouse et Marchand que ces démences précoces qui font croire à l'idiotie peuvent être des cas de paralysie générale infantile. Les lésions d'autopsie se rapprochent d'ailleurs de celle de la paralysie générale.

Péon et Régis (1) sont restés hésitants pour le diagnostic dans bien des cas.

De même Bachman pense que beaucoup de malades sont étiquetés imbéciles ou idiots qui ne sont en réalité que des déments paralytiques juvéniles méconnus (2).

La connaissance de l'état antérieur de l'intelligence, du mode de début, sera nécessaire pour montrer l'existence d'un trouble acquis. Ceci explique pourquoi nous avons tant insisté sur le développement presque normal, l'état antérieur presque physiologique, et le mode de début, dans nos observations.

Il est certain qu'un de nos plus beaux cas est l'observation III précisément à cause de l'intelligence anté-

1. Rapports entre l'épilepsie et la paralysie générale. Congrès des aliénistes et neurologistes d'Angers, août 1898.

2. *Les signes de P. G. d'abord très nets peuvent disparaître à la longue quand la déchéance s'accentue :* c'est très net pour notre observation V. La maladie rentre alors dans le cadre de l'idiotie.

rieure de la malade ; en effet *dans les cas où la paralysie générale juvénile se développe sur un terrain de faiblesse psychique congénitale le diagnostic devient très difficile, parfois même impossible.*

D'ailleurs en ce qui concerne l'épilepsie, Toulouse et Marchand admettent que le plus souvent il n'y a pas simple coïncidence entre l'épilepsie et la paralysie générale ; pour eux la paralysie générale est l'aboutissant possible de la plupart des maladies cérébrales. Nous sommes d'ailleurs d'un avis entièrement opposé à eux sur ce dernier point, n'admettant pas la paralysie générale en dehors de la syphilis. Cette même thèse a été reprise et défendue sur le terrain anatomique par Klippel.

Plautier (1) a d'ailleurs bien étudié ces rapports de la paralysie générale et de l'épilepsie.

Il y a souvent *association* et alors la cause est la même, la syphilis, mais ce qu'il faut savoir surtout c'est que si la paralysie générale survient chez un épileptique il ne s'agit pas de deuxième maladie s'ajoutant à la première, mais de deux symptômes d'une même maladie apparaissant à une époque différente. Quoiqu'en dise Peltz (2) il n'y a pas d'épilepsie essentielle surtout quand elle est suivie de paralysie générale.

Nous insisterons beaucoup moins ici sur le diagnostic de la paralysie générale juvénile et de la

1. Plautier. *Rapports de l'épilepsie et de la paralysie générale.* Thèse de Bordeaux, 1912.

2. Peltz. *Epilepsie essentielle suivie de paralysie générale progressive* (*Neurol. centralblatt*, 1907).

syphilis cérébrale. Nous admettons que la paralysie générale n'est qu'une forme de cette maladie, ainsi que nous le disons à la fin, et qu'entre les types cliniques de la syphilis cérébrale classique et de la paralysie générale on trouve tous les types intermédiaires et de transition.

En ce qui concerne le diagnostic de la paralysie générale juvénile et de la *démence précoce* (1), nous avons déjà cité l'opinion de Fourneville et Ollier. La petite malade de notre observation II présentait, nous l'avons fait remarquer, un peu de négativisme.

Dans une autre observation nous n'avons pas retrouvé de signes bien nets d'héréphénie. En tout cas *il ne paraît pas douteux que la démence précoce hébéphrénétique et la paralysie générale juvéniles sont voisines, sinon proches parentes*, et que ce sont deux voies latérales par lesquelles les hérédo-syphilitiques et plus encore les syphilo-tuberculeux héréditaires peuvent verser dans la démence. Nous ferons remarquer justement que notre petite malade de l'observation II est fille d'un père tuberculeux et d'une mère syphilitique. Klippel et Lhermitte (2), ont étudié cette question dans la *Revue de Psychiatrie.* On fera le diagnostic par l'absence des impulsions, de la catatonie, des troubles du caractère d'une part et surtout la présence des signes somatiques de la

1. Maillard et Lemaux. *Paralysie générale avec suggestibilité d'apparence catalanique* (Soc. Psychiatrie, décembre 1911).

2. *Revue de Psychiatrie*, 1904, p. 62.

paralysie générale qui sont très accentués généralement chez les enfants. Pour Pactet (1) la démence chez les déments précoces est d'emblée plus profonde que celle des paralysies générales.

Enfin nous avons été frappés dans notre première et deuxième observation par les troubles de l'équilibre de nos malades, et avons envisagé le diagnostic de *lésion cérébelleuse*. Raymond (2) en a publié un joli cas. Dans l'autopsie de l'observation I les lésions du cervelet étaient au moins aussi prononcées que celles du cerveau, et cela expliquait bien les troubles observés pendant la vie. Généralement, les troubles démentiels accompagnant ces troubles de l'équilibre et tous les autres signes de la paralysie générale feront faire le diagnostic.

CONSIDÉRATIONS SYMPTOMATIQUES

Au point de vue symptomatique, les observations que nous donnons présentent des points intéressants. Arsimoles et Halberstadt (3) disent que c'est le plus souvent l'affaiblissement des facultés intellectuelles qui ouvre la scène. Il est bien certain que c'est là le gros point ; mais nous avons été frappé dans nos cas de *la fréquence du début par attaque*

1. Pactet, Société clinique de médecine mentale, 1909.
2. *Paralysie générale ou syndrome cérébelleux* (*Semaine Médicale*, 1909).
3. Arsimoles et Halberstadt, *Annales médico-spychologiques*, 1910.

convulsive ou ictus. Peut-être, comme nous l'avons dit, notre situation spéciale explique-t-elle la chose. En tout cas, je crois qu'il faut insister davantage que ne le font les classiques sur ce mode de début (1). Il faut aussi bien faire remarquer, comme nous l'avons fait, *qu'il s'agit souvent d'enfants intelligents, parfois même très intelligents.* Nous avons vu souvent et entendu parler de futurs petits paralytiques généraux qui étaient toujours les premiers de leur classe.

Il semble qu'il y ait là une loi générale ou du moins que l'état de cérébralité supérieur du syphilitique soit une cause, sinon nécessaire, en tout cas favorisante de la paralysie générale. La paralysie générale infantile suit, à ce point de vue, les mêmes lois que celle de l'adulte et on sait que, pour cette dernière, la fréquence de la paralysie générale y est proportionnelle au degré de civilisation, de vie intensive ou, pour employer le mot même de Régis, de « cérébralisation » (2).

Dans tous les cas que nous avons cité, *il semble que l'attaque apoplectiforme ou épileptiforme ait déclanché ce processus de démence*, et il est remarquable combien dans toutes nos observations on nous a signalé et nous avons été frappé de l'état progressif de cette démence. Une fois commencée, il

---

1. Pour Delmas d'ailleurs (thèse de Bordeaux 1899) ce mode de début par rictus apoplectiforme ou épileptiforme serait spécial à l'enfant. Claude et Lévy-Valensi ont signalé un début par épilepsie jacksonienne.

2. Régis, *Précis de psychiatrine*, V^e^ édition, p. 871.

semble qu'elle ira jusqu'au bout, quoi qu'on fasse. Nous n'avons pas observé une seule rémission, même de courte durée, et cela confirme les idées classiques qui, à ce point de vue, opposent la paralysie générale juvénile à celle des adultes.

Au point de vue du tableau clinique, à la période d'état, nos observations confirment encore les idées admises : prédominance des troubles physiques qui existaient à peu près seuls dans l'observation IV, et surtout *absence de tout délire*. Il semble que pour alimenter un délire de quelque importance, un cerveau d'adulte, avec toutes ses acquisitions, soit nécessaire : *chez les enfants ou adolescents, les matériaux emmagasinés paraissent insuffisants et les phénomènes psychiques se réduisent à la démence*. D'ailleurs nous avons vu que chez les plus âgés de nos paralytiques généraux (obs. III et IV), on pouvait, à la rigueur, trouver une ébauche de délire, et dans la dernière (obs. IV) de « toutes petites idées de grandeur » : comme il en existe quelquefois chez les enfants, ainsi que l'a signalé Babonneix.

Dans l'observation V, nous avons noté de l'*euphorie* habituelle ; mais ici, contrairement à ce qu'on voit chez l'adulte, cette euphorie est entrecoupée de pleurs pour la moindre des choses.

Comme signe physique nous avons vu très rarement le signe de Babinski, nous croyons que celui-ci n'apparaît que très tardivement après des complications atteignant le faisceau pyramidal. Ce n'est pas un signe de paralysie générale simple.

Mais nous voulons surtout insister sur l'*association si fréquente des signes de tabes et de paralysie générale* (1).

On trouve des cas où les deux maladies semblent s'associer d'une manière presque égale, nous en avons vu un très beau à Bicêtre. D'autres fois les signes de tabes dominent au début, puis c'est la paralysie générale. Dans notre observation III, qui est on peut le dire un très beau cas de paralysie générale, l'affection a dû revêtir au début des caractères nets de tabes infantile, puisque M. le Dr Deny, dont tout le monde reconnaît la compétence, l'avait étiquetée tabes infantile ; au moment où nous l'avons examinée, elle n'en avait plus aucun signe, sauf une diminution d'un réflexe achilléen d'un côté.

C'est probablement aussi au tabes qu'il faut rattacher la *perte de la vue* (2) que nous avons trouvée complète dans l'observation I et en train de s'établir dans l'observation II.

Henry Ead cite le cas d'un malade aveugle à six ans et paralytique général à vingt. Darling cite un cas où, contrairement à ce que nous avons vu, les symptômes de paralysie générale chez une adolescente débutent par un affaiblissement de la vision (3).

---

1. Emmanuelle Gentile de Palermé. 1909.

2. Syphilis héréditaire déterminant l'atrophie optique et aboutissant à la paralysie générale juvénile. Henry Ead, *Neurological Section*, 1909.

3. Krœpelin et Alzheimer admettent d'ailleurs la fréquence de l'amaurose par atrophie optique.

Nous ne reviendrons pas, au point de vue clinique, sur les signes de la démence précoce qu'on peut rencontrer dans la paralysie générale juvénile : nous avons étudié la question au diagnostic.

Il en est de même pour les *symptômes cérébelleux* que nous avons trouvé si nets chez nos deux premiers malades. Charcot, d'ailleurs, a depuis longtemps parlé de cette « démarche en matelot » des jeunes paralytiques généraux. Il semble que dans nos deux cas les signes cérébelleux aient été encore plus marqués. Nous avons expliqué la chose par les lésions cérébelleuses intenses trouvées à l'autopsie. Trapet (1) cite un cas où il a trouvé des troubles du développement du cervelet. Souvent les troubles moteurs consistent plus en maladresse, incoordination qu'en troubles paralytiques.

Enfin nous en aurons fini avec les remarques cliniques, que nos observations nous ont suggérées en disant que nous avons été frappé, nous aussi, de *l'arrêt de développement* que présentaient souvent les jeunes paralytiques généraux. Nous avons, dans nos observations, écrit souvent le mot « vieillot », il nous paraît rendre assez bien les caractères de cet aspect âgé chez des enfants. Cependant dans l'observation III où il est vrai que la maladie n'est apparue qu'un peu après la puberté : les caractères sexuels sont assez nets, les seins sont assez bien développés, les poils

---

1. Trapet, *Troubles du développement du cervelet dans un cas de paralysie générale juvénile* (*Archiv. für Psychiatrie*, 1900).

existent au pubis, et la malade est réglée tous les deux mois. Mais nous avons noté que la voix était celle d'une petite fille.

Quant aux signes communs de syphilis cérébrale nous n'en parlerons pas ici puisque nous admettons que la paralysie générale n'est qu'une forme d'évolution de cette dernière maladie. Contentons-nous de dire qu'on trouve tous les intermédiaires entre la paralysie générale et la syphilis cérébrale des classiques.

CONSIDÉRATIONS THÉRAPEUTIQUES ÉTIOLOGIQUES ET PATHOGÉNIQUES

Nous avons réuni à dessein ces trois ordres de considérations parce qu'elles nous ont paru liées indissolublement entre elles.

Le traitement spécifique n'a rien donné dans les cinq premières observations ; il n'a pas été essayé dans la sixième. Il a amené la guérison chez la septième. Pourquoi ? Que le traitement mercuriel ne soit pas suivi d'heureux résultats dans la paralysie générale, il y a bien longtemps que la chose est connue. Elle parait maintenant définitivement établie, et à ce point de vue, il y a une très grande différence entre le tabes et la paralysie générale. Les auteurs admettent même (1) que le traitement iodo-mercu-

1. *Firpi*, thèse de Paris, 1906.

riel loin d'améliorer les malades, ne fera le plus souvent qu'accélérer la marche fatale.

Pourquoi donc, dans l'observation VII, le traitement a-t-il amené rapidement la guérison ? Parce qu'ici il il ne s'agit pas de paralysie générale. Et cependant c'est bien la même maladie dans toutes les observations : la syphilis.

Nous ne croyons pas qu'actuellement on puisse nier le rôle capital et nécessaire de la syphilis dans la paralysie générale. Régis, dans sa dernière édition de son traité de pyschiâtrie, a traité la question magistralement et d'une façon définitive, nous semble-t-il. C'est là une question qui, à notre avis, est désormais acquise et sur laquelle nous n'insisterons pas. (1). Mais ce qui est important, ce sont les causes secondaires qui, combinées à la syphilis, arrivent à donner la paralysie générale. Car tout syphilitique qui veut (si on peut ainsi s'exprimer), ne fait pas de la paralysie générale. Il faut que le spirochète évolue sur un terrain préparé d'une manière spéciale. Nous n'avons ni le désir, ni la compétence nécessaire pour traiter à fond cette question. Nous en restons toujours modestement, ainsi que nous l'avons dit dès le début, à des considérations sur les observations que nous apportons. Mais il nous semble, justement, d'après elles : *qu'à côté de la syphilis une lourde hérédité*

---

1. *Fournier* a exposé magistralement cette vérité dans son importante communication à l'Académie de médecine (1905). « La syphilis est le facteur étiologique prépondérant de la paralysie générale ».

névropathique est nécessaire; cela ressort tout de suite d'un simple coup d'œil jeté sur les cas que nous exposons. De même, nous croyons qu'il faut que la syphilis héréditaire n'ait pas exercé une action dystrophique trop grande sur le développement de l'enfant et en particulier sur son cerveau pour qu'il se puisse développer une paralysie générale typique. *Il semble pour que le spirochète s'installe dans l'écorce qu'il faille de préférence que celle-ci soit cultivée le plus possible* (prédominance chez les adultes, rareté chez les enfants et vieillards : fréquence relative chez les enfants intelligents).

Nous ne voyons *donc pas, quant à nous, d'autre différence entre la syphilis cérébrale et la paralysie générale que celle que lui donnent le terrain.* Sur une écorce favorable, celle-là devient celle-ci ; ou plutôt la réaction clinique de la syphilis, qui, sur un cerveau non préparé, donne naissance aux signes de la syphilis cérébrale classique, amènera sur un cerveau préparé par l'hérédité et un développement suffisant toute la symptomatologie de la paralysie générale. *Et de même, qu'entre une hérédité nerveuse très chargée et une hérédité nulle, et une cérébralisation intense, et une cérébralisation nulle, on trouve tous les intermédiaires, de même, entre le syndrome typique de la paralysie générale classique et les signes de la syphilis cérébrale, on trouve tous les intermédiaires.*

Depuis déjà quelque temps les fameuses maladies

para-syphilitiques de Fournier ne sont guère plus admises. On croit aujourd'hui que ce sont simplement des manifestations tardives de la syphilis. Et il semble bien qu'on soit dans la vérité (1). Mais tandis que c'est la destinée des théories de passer : il semble bien que des idées qu'elles défendent et des faits qu'elles apportent il reste toujours quelque chose de définitivement acquis. Et c'est là ce qui est supérieurement consolant. Dans la paralysie générale qui nous occupe en particulier, *il semble que la syphilis, dans des conditions particulières, déclanche un pocessus qui se libère, qui devient indépendant par son évolution, de la syphilis qui l'a créé, et continue à vivre par lui-même, même si celle-ci est arrêtée.* Notre maître, Nageotte compare à ce point de vue la paralysie générale à la syringomyélie des tabétiques et au cancer de la langue. Et nous trouvons ces comparaisons très justes.

Ce sont ces considérations qui justifient l'érection de la paralysie générale en une maladie ou mieux un syndrôme différencié, et qui expliquent le succès du traitement spécifique dans certains cas et son insuccès dans les autres. Tant que le processus dérivatif particulier n'est pas amorcé, on peut espérer guérir le malade. Dès qu'il l'est, le médecin est désormais impuissant : la maladie suivra son cours fatalement.

---

1. Noguichi, *Découverte récente du spirochète dans l'écorce cérébrale.*

CONCLUSIONS

Le *tableau clinique de la paralysie générale chez l'enfant ou l'adolescent est rarement aussi typique que celui de l'adulte.* — Etant donné l'état incomplet du développement cérébral et l'insuffisance des acquisitions antérieures, *la maladie se présente le plus souvent sous un aspect fruste au point de vue psychique ;* les signes somatiques dominent.

C'est surtout par ces signes somatiques qu'on fera le diagnostic.

Un nombre relativement assez grand de malades classés comme *arriérés*, *idiots* ou *épileptiques* sont des paralysies générales plus ou moins frustes.

De même, certains cas catalogués *démence précoce* ne sont que des paralysies générales.

Pour le diagnostic, *l'importance* de la *lymphocytose et de la réaction de Wassermann du liquide céphalo-rachidien est capitale.*

Au point de vue clinique, il faut noter la fréquence beaucoup plus grande que chez l'adulte du *début par attaque convulsive.*

La démence s'installe *progressivement* à partir de ce moment.

Presque toujours il y a *absence de tout délire :* chez les enfants ou adolescents ; les matériaux emmagasinés paraissent insuffisants *et les phénomènes psychiques se réduisent le plus souvent à la démence.*

Il faut noter l'association fréquente et la parenté étroite de la paralysie générale infantile et du *tabes nfantile.*

Fréquence et importance des *symptômes cérébelleux* pouvant amener des difficultés de diagnostic.

Au point de vue de la nature de la maladie et de l'influence du traitement :

La syphilis est la cause nécessaire de la paralysie générale. Mais tout syphilitique « qui veut » ne devient pas paralytique général. Il semble qu'une lourde *hérédité nerveuse* soit nécessaire et que, de même, le sujet soit dans un état de « *cérébralisation* » suffisant.

Il n'y a pas d'autres différences entre la paralysie générale et la syphilis cérébrale que celles que lui donne le terrain, suivant que ce terrain est plus ou moins favorable *on trouve tous les intermédiaires entre le syndrome typique de la paralysie générale classique et les signes de la syphilis cérébrale.*

Il reste de la théorie de la paralysie générale *affection parasyphilitique : que la syphilis semble déclancher ici un processus qui en devient indépendant.*

Tant que ce processus dérivatif n'est pas amorcé, on peut espérer guérir le malade ; dès qu'il l'est le médecin est désormais impuissant, la maladie suivra son cours fatalement.

Vu : le Président de thèse,
P. MARIE

Vu : le Doyen,
LANDOUZY

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
LIARD

J Huguet

BIBLIOGRAPHIE (1)

Clouston. — Journal of ment. Sc., 1877.

Turnbull. — Journal of ment. Sc., 1881.

Wiglesworth. — Journal of ment. Sc., 1883.

Régis. — L'Encéphale, 1883 et 1885.

Vrain. — Contribution à l'étude paralysie générale à début précoce. Thèse Paris, 1887.

Clouston. — The neurose of Development (Journal of ment. Sc., 1891).

Régis. — Arch. clin. de Bordeaux, juillet et août 1892.

Charcot. — Paralysie générale chez les adolescents (Mercredi médical, 1892).

Charcot et Dutil. — Arch. neurolog., 1892.

Westphal. — Ein fall von Progressiver Paralysie bein einem 15 Jahrigen Mädchen mit anatomischen Befünd (Charité Ann., 1893).

Hub. C. Bristowe. — A case of general Paralysis of the insane at the time of puberty (Brit. med. Journ., 1893).

Régis. — Arch. clin. de Bordeaux, 1894.

Sacki. — Münch. med. Woch,, n° 31, 1894.

Alzheimer. — Die Paralysis progressiva der Entwickelungsjahre (Neur. centralblatt, 1894).

Middlemann (James). — Development general Paralysis (the Journ. of ment. Sc., 1894).

1. Bibliographie pour la paralysie générale dans le jeune âge seulement.

Hirschl. — Beiträge zür Kenntniss der progressiven Paralyse im jùgendlichen alter und im senium (Wien. Klin. Rundschau, nº 31, 1895).

Bresler — Ein Fall von infantiler progressiver Paralyse (Neur. centralblatt, 1895).

Thomson and Dawson (W. R.). — Case of general Paralysis of the insane in a child (Lancet, 16 fév. 1895).

Clemens Streitherger. — Ueber die progressive Paralyse im jugendlichen alter. Thèse d'Iéna, 1895. — Analysé in Neur. centralblatt, 1895.

Ewin L. Dumm. — Case of general Paralysis ocuring in a girl aged nine and three quarter Jears (the Journ. of ment. Sc., juillet 1895).

Jutschenks. — Die progressive paralyse des Jugendsalters (Travail analysé in Centralb. f. nervenheilk ù. Psychiatrie, 1895).

Fournier. — Paralysie générale infantile (Académie de Médecine, janvier 1895).

Alzheimer. — Die Frühform der progressiven paralyse (Allg. Zeitsch. f. Psychiatrie, 1895).

Saint-Maurice. — La Paralysie générale infantile. Thèse de Paris, 1896.

Giannelli. — Un caso di paralisis progressiva in un bambino e tabo paralisi nella madre (Riv. quind. di. Psicolog. t. III).

Giannuli. — Contribunto allo studio della paralisi progressiva infanto junevile (con allucinazioneigriche) (Riv. di French, t. XXV, fasc. 3-4, 1899).

Sollier. — Paralysie générale juvénile d'origine hérédo-syphilitique (Soc. med. psych., novembre 1897).

Haushalter. — Trois cas de paralysie générale chez l'enfant. (Soc. fran. de Dermat. et de Syphil., avril 1897).

Zappert. — 13 Jähriges Mädchen mit progressiver Paralyse (Wien. Klin Woch, 1897, nº 12).

P. Karplus. — Progressive paralyse bei einer 17 jähriger virgo, (Wien Klin Woch., nº 3, 1897).

Barthélemy et Haushalter. — Paralysie générale dans l'en-

fance (Société française de Dermat. et de Syphiligraphie, 8 juillet 1897).

Muller. — Un cas de paralysie chez la mère et chez l'enfant.

Muller (Oskar). — Einfall von progressiver Paralyse bei Mùtter und Kind (Neur. centralbl, 1897).

Von Rad (Carl). — Sur un cas de paralysie générale juvénile due à la syphilis héréditaire avec lésions vasculaires spécifiques (Arch. für Psychiatrie. 1897).

Hoch (A.). — General paralysis in two sisters, commencing at the age of ten and fifteen respectively (Journal of new and menf. disease, février 1897).

Toulouse. — La Paralysie générale junévile (Gaz. des Hôpitaux, 1898).

Saporito. — Un cas de paralysie générale juvénile avec syphilis héréditaire (Journal de médecine de Bordeaux, 1898).

Raymond. — Un cas de paralysie générale précoce (Indép. Méd., août 1898).

Mingazzini. — De la paralysie générale précoce (Monatsch. f. Psychiat. und neurol., 1898).

Pusateri. — La forme juvénile de la paralysie générale (Acad. de Palerme, juin 1898).

Stewart. — Paralysie générale des aliénés survenant dans l'adolescence. (Brain, 1898.)

Nonne. — Aerztlichen Verein zù Hambùrg neurolog. centralblat., 1898.

Joffroy. — Sur un cas de paralysie générale infantile à début spinal (Rev. de psychiâtrie, juin 1898).

Thiry. — De la paralysie générale dans le jeune âge. Thèse de Nancy, 1898.

Régis. — Quelques réflexions générales à propos de la paralysie juvénile (Soc. médicale psychiâtrie, 28 fév. 1898).

J. Van Deventer en A. M. Benders. — Twee gevallen psychiât. in neurol Bladen, 1898. Analysé in neurol Centralblat, 1899.

Haushalter. — Cerveaux de trois enfants morts de para-

lysie générale progressive (Rev. Médic. de l'Est, 1898).

Péon-Régis. — Rapports entre épilepsie et paralysie générale. Congrès des alién. et neurol. d'Angers, août 1898.

Boyle. — Acase of juvenile general paralysis (The journ. of ment. sc. janvier 1899).

Burzio. — Un cas de paralysie générale juvénile (Ann. di. Frenat, octobre 1899).

Delmas. — De la paralysie générale des adolescents. (Thèse de Bordeaux, 1899.)

Toulouse et Marchand. — Paralysie générale infantile ayant simulé l'idiotie (Soc. Médic. des Hôpit., juin 1899).

— Paralysie générale juvénile et épilepsie (Ann. Médic. psych., octobre 1899).

Dees. — Pathologie de la démence paralytique (Psychiât. Woch., août 1899).

Mott. — Vingt-deux cas de paralysie générale juvénile avec 16 autopsies (Arch. f. neurolog., 1899).

Hochzinger. — Démence, paralysie générale infantile chez une hérédo-syphitique (Wien. Dermat. gesellschaft, 1899).

Nonne. — Démence paralytique chez enfant syphilitique héréditaire (Mitteil aus d'Hamburg Krankenastalt, II, 2, 1899).

Thomson et Welsch (A.). — Un cas de paralysis générale des aliénés chez un enfant, avec calcul biliaire touvé après la mort (the Brit. med. Journ., 1899).

Macdonald. — Congenital general Paralysis (Brit. med. Journ., sept., 1899).

Hulst (J. P. L.). — Ein geval von infantile progressive paral. (Psych. en neurol. Bladen, 1900).

Raymond. — Paralysie générale ou syndrome cérébellleux (Semaine médicale, 1900).

— Leçons cliniques, 4e série, 1900.

— Paral. gén. juvénile ou syphilis cérébrale (Sem. médicale, p. 9, n° 3, 1900. — Rev. neur., 1901, p. 143).

Toulouse. — Paralysie générale et idiotie (Congrès de Paris, 1900).

Nonne. — Neurol. centralb., 1900.

Worcester. — Trois cas de paralysie générale chez de jeunes femmes (American Journal of insanity. n° 1, 1900).

Svenson. — Psych. Wochensch., 1899 (Compte rendu in Neurol. centralblatt, 1900).

Ciaglinski. — Neurologischer centralblatt, 1900.

Brunet. — Soc. médico-psychol., 30 juillet 1900.

Gumpertz. — Contribution à l'étude des troubles mentaux de l'enfance (Arch. f. Psych., 1900, fasc. 1. — Rev. neur., 1900, p. 882).

Kaplan et Meyer. — Deux cas de psychose organique juvénile chez des syphilitiques héréditaires (Allg. zeits. f. Psych., mars 1900. — Rev. neur , 1900, p. 424).

Marchand. — Un cas de paralysie générale juvénile (Ann. méd. psych., juin 1900.) (R. N., 1900, p. 926).

Vurpas et Marchand. — Considérations sur la paralysie générale à propos d'un cas de syphilis héréditaire chez une jeune fille (Ann. médic.psychol., mai 1901. R. N., 1902, p. 708).

Bennett. — Un cas de paralysie générale juvénile (Edinburgh. med. journal, août 1900. R. N., p. 906).

Toulouse et Marchand. — Démence précoce par paralysie générale (Revue de Psychiâtrie, 1901).

Fröhlich. — Ueber allg. prog. Paral. von abschluss der Kœrperlichen Entwickelung. Thèse de Leipzig, 1901. Art. Paralysie générale (Traité des maladies de l'enfance Grancher-Comby-Marfan).

Devay. — Deux observations de paralysie générale juvénile (Congrès de Limoges, R. N., 1901, p. 722).

Forster. — Paralysie générale juvénile (Soc. de psych. de la province rhénane. Psych. wochens., n° 35, 23 nov. 1901).

Hirschl. — La Paralysie progressive juvénile (Wiener-Klin. Wochen., 23 mai 1901).

Régis. — Un nouveau cas de paralysie générale avec syphilis héréditaire (Arch. de Neurolog., n° 66, 1901).

Dydynski — Société médicale de Varsovie (Compte rendu in neurol. Centralblatt, 1901)

Vignaud. — Historique de la paralysie. Thèse de Paris, 1902 (R. N., 1903, p. 186).

Babinski. — Soc. médic. Hôpit. Paris, 24 octobre 1902.

Marchand. — Société anatomique de Paris, 1902.

Marchand et Léridan. — Écho médical du Nord, 1902.

Caméran. — Cas de paralysie générale juvénile (Review. of neurol. and. psych., juillet 1903. R. N., 1904, p. 565).

Lalanne. — Un cas de paralysie générale juvénile : Anat. patho. (Journal de méd. de Bordeaux. 20 déc. 1903. R. N., 1904, p. 1022).

Lange. — Société médicale de Leipzig, 1903.

Mendelsohn. — Soc. de Psych. de Saint-Pétersbourg, 1903.

Watson. — Arch. of neurology, 1903.

Marc. — Sur la paralysie générale familiale (Allgemeine zeitschrift für Psychiatri, 5 heft, 1904).

Middlemass. — Un Cas de paralysie générale juvénile (Journal of mental Sciences, janvier 1904. — R. N., 1905, p. 631).

Peinsini. — Paralysie générale infanto-juvénile simulant l'atrophie cérébello-spinale (Annali dell' instituto psychiatrico della R. universita di Roma, vol. III, fasc. I, p. 153-202, 1904. — R. N., 1904, p. 1180).

Bernhardt. — Paralysie générale juvénile (Soc. de Méd. berlinoise, 29 juin 1904).

Mlle Giry. — Un Cas de paralysie générale précoce (Ann. médico. psychosc., janvier 1904. — R. N., 1904, p. 565).

Hagelstam. — Deutsche zeitsch. f. nerdenheilk, 1904.

Skocrynski. — Soc. Médicale de la Charité (Compte rendu in Berliner Klin. Wochensck., 1904).

Weygandt. — Soc. Méd. de Würtzbùrg, 1904 (Compte rendu, in neurol. centralblatt, 1904).

Weygandt et Roubinovitch. — Atlas manuel de Psychiâtrie (Baillère).

Deroubaix. — Un Cas de paralysie générale juvénile (Bull. Soc. Méd. ment. de Belgique, avril 1905. — Discussion et réserves diag., Ibidem, p. 175, n° 120).

Cestan et Combéleran. — Toulouse médical, 1905.

Köster. — Soc. psychl. neurolog. Iéna, octobre 1905 (Compte rendu, in neurol centralblatt, 1905).

Kure. — Neurologia III, n° 3 (neurol. centralblatt, 1905).

Mendel. — Neurol. centralblatt, vol XXIV, 1905.

Sauger. — Soc. psych. neur. d'Iéna. 1905 (Compte rendu, in neurol. centralblat, 1905).

Vogt et Frank. — Deutsche med. Woch., 1905.

Woltar. — Prager medizin. wochensch., 1905.

Mackenzie. — Paralysie générale chez un adolescent (Edimbourg. Soc. Méd. chir., 7 mars 1906).

Firpi. — La Paralysie Générale infantile et juvénile et ses rapports avec l'hérédo-syphilis. Thèse de Paris, 1906. — R. N. 1906, p. 1164.

Moussous. — Paralysie générale juvénile (Soc. de méd. et de chir. de Bordeaux, 16 nov. 1906. In Gaz. hebdomad. des sciences méd. de Bordeaux, 16 déc. 1906, n° 50, p. 595).

Babonneix. — Les idées de grandeur sans la paralysie générale du jeune âge (Rev. des maladies de l'enfance, mars 1906. Rev. neur., 1906, p. 666).

Raymond. — Deux cas de paralysie générale progressive, l'un chez un homme de trente-deux ans, et l'autre chez un adolescent de seize ans (Arch. gén. de méd., 1905, n° 34. Rev. neur., 1906, p. 426).

Salmon. — Le diag. différ. entre la paralysie générale et la syphilis cérébrale (La clinico moderna, an XII, n° 34, p. 403, 22 août 1906. Rev. neur., 1907, p. 70).

Borda. — Paral. génér. progressive. Buenos-Ayres, 1906.

Idrac. — Thèse de Toulouse, 1906.

Kéraval. — Observation publiée par Firpi. Thèse, 1906.

Régis et Anglade. — Gaz. hebd. des sciences médicales de Bordeaux, 1906.

Voisin (J.), Voisin (R.) et Rendu. — Soc. méd. hôpit., 1906.

Wollburg. — Thèse Kiel, 1906.

Zappert. — Soc. méd. de Vienne (Compte rendu in neurol. central., 1906).

Peltz. — Épilepsie essentielle suivie de paralysie générale progressive (Neurol. centralblatt, 1907, n° 1, p. 14-19).

Sérieux et Ducosté. — Étude statistique sur les formes cliniques de la paralysie générale (Progrès médical, 16 mars 1907. Rev. neur., 1907, p. 60).

Apert, Lévy-Frankel et Ménard. — Tabès et paralysie générale juvénile par syphilis acquise (Bulletin société de Pédiatrie de Paris, nov. 1907).

Bachmann. — Deutsche med. Woch., 1907, p. 2163.

Curschmann. Psychiâtrie neurologische Woch., 1907.

Falk. — Journal ñevropatologuii i psych., Moscou, 1907.

Karpas. — New-York med. journal, 1907.

Louvrier. — Thèse de Paris, 1907.

Lunn et Holmes. — Clinical soc. of London, 1907 (Rev. neurol., 1907).

Olah. — Soc. méd. de Budapest, 1907 (Compte rendu in neurol. cent., 1909)

Rad. — Soc. de Nuremberg, 1907 (Compte rendu in Deutsche med. Woch., 1907).

Zadik. — Thèse de Leipzig, 1907.

Joffroy et Léri. — Histologie de la paralysie générale, encéphale, 1907.

Sciuti. — Paralysie générale juvénile (Ier Congrès italien de neurologie. Naples, 8 avril 1908)

Bourneville et Richet (Ch.). — Contribution à l'étude de la paralysie générale (La Clinique, 11 décembre 1908, p. 791-795).

Colin-Macdowal. — Trois cas de paralysie générale juvénile (The journal of mental science, 1908).

Claude (Henri) et Levi-Valensi. — Paralysie générale juvénile, hérédité syphilitique, symptômes apraxiques

(Soc. Psych. Paris, 16 juillet. — Rev. Neur., 1908, p. 1180).

Keller. — Owosi Helilap, 1907 (Compte rendu in neurol. centralblatt, 1908).

Klieneberger. — Allgemeine Zeitschrifft f. psychiàtrie, 1908.

Lilienstein. — Therapic der Gegenwart, 1908.

Dowall (Marc). — The journal of mental science, 1908.

Marchand et Nouet. — Soc. méd. des Hôp. Paris, 1908.

Mendelsohn. — Rousski Watch, 1908.

Poynton. — Procedings of the royal Soc., 1908.

Ranke. — Neurol. centralblatt, 1908.

Senkpill. — Fortschnitte der Medizin, 1908.

Colin (Henri). — Apparition d'un syndrome paralytique à la suite d'un traumatisme chez un garçon de seize ans (Soc. cliniq. de méd. mentale, 20 juillet 1908. — Revue de Psychiâtrie au XV, n° 8, p. 363, août 1908. — Rev. neurol., 1909, p. 14, V).

Muller. — Kongenitale Lues und progressive paralyse (Munchener medizinische Wochensch., 1908, Bd. 38).

Cole et Stephens. — Inter-colonial méd.(Journ. of Australasia. Melbourne, février 1908).

Fairebanks. — The journal of the America medic. assoc., 5 déc. 1908.

Joffroy. — Encéphale, 1908.

Briand (Marcel) et Brissot. — Syndrome paralytique chez une débile. Possibilité de paralysie générale juvénile (Bulletin Société clinique Méd. ment., p. 232, 12 juillet 1909. — Rev. neur., 1910, I, p. 599).

Krœpelin. — Soc. des Aliénistes bavarois, juin 1909.

Marchand. — Soc. clinique de Méd. ment. de Paris, 1909.

Marcus. — Soc. des Aliénistes bavarois, 1909.

Marie (A.). — Soc. clinique de Méd. ment. de Paris, janvier et mars 1909.

Mendel. — Neurol. Centralbl., 1909.

Mondor. — Soc. de Psychiâtrie de Paris, 1909.

Neve. — Hôpital Tidende, 1909.

Pactet. — Soc. cliniq. Méd. ment., 1909.

Régis. — Encéphale, 1909.

Remond et Chevalier Lavanne. — 1909.

Trapet. — Archiv. f. Psychol.

Trömmer. — Soc. méd. de Hambourg (Neurol. centralbl., 1909).

Henry Ead. — Syphilis héréditaire déterminant l'atrophie optique et aboutissant à la paralysie générale juvénile (Neurological section, 1909).

Brissaud et Gy. — Paralysie générale progressive survenue chez le père et la fille (Soc. Psychiâtrie de Paris, 21 janvier. — Rev. neurol , 1909, p. 160).

Babonneix. — Traité des maladies des enfants de Hutinel. Paris, Asselin et Houzeau, 1909, t. V.

Claude et Touchard. — Société de Psychiâtrie. Paris, juin 1909.

Flesch. — Wiener Medicin Wach., 1909.

Hudovernig. — Soc. méd. de Budapest, 1907 (Compte rendu in Neurol. Centralbl., 1909).

Abraham. — Aspects cliniques de la paralysie générale juvénile (Lancet London, 31 décembre 1910).

Arsimoles et Halberstadt. — La Paralysie générale juvénile (Ann. médico-psychol., mai à octobre 1910).

Baudouin et Lévy Valensi. — Paralysie générale juvénile, chez une malade dont le père et la mère sont morts de paralysie générale (Soc. de Psychiâtrie de Paris, 17 nov. 1911. — Rev. neurol., 1901, II, p. 675).

Ennen. — Allgem. zeitschr. f. Psych., 1910.

Gautier. — Un cas de paralysie générale infantile avec hérédité maternelle tabétique. Société de Psychiâtrie, 1910 (Encéphale, 1910, p. 80).

Luvoff et Condomine. — Un cas de paralysie générale juvénile (Bull. Société clinique méd. ment., 1910).

May (James). — Medical Record, 1910.

Miller. — Paralysie générale juvénile avec pertes réflexes

rotuliens (Proceedings of the Royal Society of Medecine of London, 1910).

Snessareff. — Un cas de paralysie générale juvénile (Assemblée des médecins de l'Hôpital de Notre-Dame des Affligés à Saint-Pétersbourg, 1910).

Trapet. — Troubles de développement du cerveau dans la paralysie générale (Archiv. fur Psychiatrie, 1910).

Ramadier et Marchand. — Paralysie générale juvénile (Société médico-psychologique, 1910).

Lubouchine. — Un cas de paralysie générale infantile (Revue russe de Psychiâtrie neurologie et psychologie expérimentale, 1910).

Diller. — Juvenile case of paresis (Cleveland Medical Journal, mars 1911.)

Dupré et Fouque. — Paralysie générale infantile (Société Psychiâtrie, 1911).

Maillard et Lemaux. — Paralysie générale précoce avec suggestibilité d'apparence catatonique (Society Psychiâtrie, décembre 1911).

Sezary. — La Méningite parasyphilitique (Presse médicale, 9 août 1911).

Leroy. — Un cas de paralysie juvénile (Bull. de la Société clinique Méd. mentale, 1911).

Barbé et Lévy Valensi. — Paralysie juvénile, infantilisme aspect simiesque (Soc. Psychiâtrie, février 1912).

Plautier. — Rapports épilepsie et paralysie générale. Thèse de Bordeaux, 1912.

Darbing. — Paralysie générale chez une adolescente (Neurological section, 1912).

Régis. — Précis de Psychiâtrie, 5e édition, 1913.

Imp. de la Faculté de Méd., H. Jouve et Cie 15, rue Racine, Paris — 2324-13